

В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг

**МЕТОДИКА РАСЧЁТА И АНАЛИЗА
ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**ВИТЕБСК
2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом ФПК и ПК



В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг

МЕТОДИКА РАСЧЁТА И АНАЛИЗА ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Учебно-методическое пособие

Под редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.С. Глушанко

Рекомендовано учебно-методическим объединением по высшему
медицинскому, фармацевтическому образованию Республики Беларусь
в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждений
высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 01
«Лечебное дело» и 1-79 01 07 «Стоматология»

**Витебск
2021**

УДК 614.2:616-082 (075.8)
ББК 51.1,0я73
Г55

Р е ц е н з е н т ы:

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Гродненский государственный медицинский университет» (заведующий кафедрой – доктор медицинских наук, доцент **М.Ю. Сурмач**)

Павлович Т.П. – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Глушанко, В.С.

Г55 **Методика расчёта и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению** : учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг ; под общ. ред. д-ра мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2021. – 349 с.

ISBN 978-985-580-045-4

В учебно-методическом пособии «Методика расчёта и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению» рассмотрены теории качества, показаны различные методологические подходы и точки зрения на формирование индикаторов в системе обеспечения, управления и контроля качества оказания медицинской помощи в мире и Республике Беларусь.

Пособие имеет значительный практический блок, содержащий методики расчёта и анализа основных индикаторов, характеризующих качество оказания медицинской помощи, а также набор ситуационных задач по теме.

Пособие предназначено для студентов лечебного и стоматологического факультетов, факультета подготовки иностранных граждан, клинических ординаторов, слушателей ФПК и ПК, магистрантов, аспирантов, соискателей ученых степеней высших медицинских учреждений образования.

УДК 614.2:616-082 (075.8)
ББК 51.1,0я73

ISBN 978-985-580-045-4

© Глушанко В.С., Тимофеева А.П.,
Герберг А.А., 2021
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2021

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – Врач общей практики

КДР – Коэффициент достижения результата

КМД – Качество медицинской деятельности

КМП – Качество медицинской помощи

ЛПО – Лечебно-профилактическая организация

МКБ – Международная классификация болезней (10-й пересмотр)

МКР – Модель конечных результатов

МП – Медицинская помощь

МРЭК – Медико-реабилитационная экспертная комиссия

НПА – Нормативный правовой акт

НТП – Научно-технический прогресс

НТР – Научно-техническая революция

ООН – Организация Объединённых Наций

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

РБ – Республика Беларусь

РНПЦ – Республиканский научно-практический центр

СМК – Система менеджмента качества

I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Цель

Приобретение научных знаний о методиках вычисления и анализа индикаторов, оценивающих качество оказания медицинской помощи населению, а также приобретение навыков расчёта коэффициента достижения результатов на основе показателей моделей конечных результатов, как фактора повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения, предупреждения врачебных ошибок и дефектов в работе.

Задачи

1. Ознакомиться с понятием «качество медицинской помощи» (КМП), как важнейшего составляющего комплексной оценки здоровья населения и критериев качества работы врачей медицинских организаций и системы здравоохранения в целом.
2. Изучить и уметь анализировать количественные и качественные индикаторы оценки индивидуального, группового, регионального и общественного здоровья на основе использования основных критериев КМП:
 - доступность медицинской помощи;
 - адекватность медицинской помощи;
 - преемственность и непрерывность медицинской помощи;
 - эффективность и действенность;
 - ориентированность на пациента, его удовлетворенность;
 - безопасность процесса лечения;
 - своевременность медицинской помощи;
 - отсутствие (минимизация) врачебных ошибок;
 - научно-технический уровень.
3. Уметь анализировать и оценивать деятельность организаций здравоохранения по трём основным группам показателей: индикаторы здоровья, индикаторы деятельности, индикаторы дефектов, а также понимать их значение в комплексной оценке и прогнозировании здоровья населения страны, разработке профилактических мероприятий, решении стратегических и тактических задач управления здравоохранением, определении средств и методов оперативного руководства системой охраны здоровья населения.
4. Освоить методику проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в соответствии с оценочной шкалой.

5. Ознакомиться с порядком расчёта уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту.
6. Изучить содержание таблиц:
 - «Шкала уровня экспертных оценок»;
 - «Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций».
7. Освоить методику изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.
8. Иметь представление о структуре моделей конечных результатов (МКР).
9. Изучить методику расчёта показателей здоровья и деятельности для формирования модели конечных результатов.
10. Ознакомиться с порядком расчёта коэффициента достижения результата (КДР) на основе моделей конечного результата (МКР).
11. Научиться оценивать деятельность организаций здравоохранения на основе МКР, для оценки эффективности и качества их работы.

Ключевые понятия темы

1. Медицинская помощь.
2. Качество медицинской помощи.
3. Индикаторы качества медицинской помощи.
4. Управление качеством медицинской помощи.
5. Экспертиза контроля качеством медицинской помощи.
6. Экспертная оценка качества.
7. Ступени контроля качества.
8. Репрезентативность критериев качества.
9. Медицинская услуга.
10. Доступность медицинской помощи.
11. Удовлетворённость пациентов качеством оказания медицинской помощи.
12. Преемственность и непрерывность медицинской помощи.
13. Компетентность работников медицинской организации.
14. Шкала уровня экспертных оценок.
15. Уровень качества работы врача.
16. Уровень качества медицинской помощи.
17. Врачебная ошибка.
18. Уровни штрафных санкций.
19. Уровень дефектов.
20. Коэффициент достижения результата.
21. Модель конечных результатов.
22. Коэффициент социальной удовлетворённости.

II. СТУДЕНТУ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ

1. Систему управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения.
2. Основы проведения оценки качества и эффективности медицинской помощи пациентам в организациях здравоохранения.
3. Основные аспекты управления качеством медицинской помощи.
4. Общие проблемы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи населению.
5. Группы факторов, влияющих на качество медицинской помощи.
6. Группы показателей качества медицинской помощи.
7. Медико-экономические стандарты качества медицинской помощи.
8. Методику проведения контроля качества оказания медицинской помощи пациентам в организациях здравоохранения.
9. Шкалу оценки диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании лечения и реабилитации.
10. Значения «Карты оценки качества оказания медицинской помощи пациентам».
11. Содержание и значение таблицы «Шкала уровня экспертных оценок».
12. Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей организаций здравоохранения.
13. Основные принципы расчёта и оценки деятельности организаций здравоохранения по конечному результату.
14. Этапы расчёта коэффициента достижения результата.
15. Практическое значение МКР для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.
16. Структуру типовой модели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения.
17. Принцип заполнения и анализ анкеты изучения мнения населения о работе организаций здравоохранения.

III. СТУДЕНТУ НЕОБХОДИМО УМЕТЬ

1. Анализировать количественные и качественные индикаторы оценки индивидуального, группового, регионального и общественного здоровья на основе использования основных критериев КМП.
2. Анализировать и оценивать деятельность организаций здравоохранения по основным группам показателей: индикаторы здоровья, индикаторы деятельности, индикаторы дефектов.

3. Проводить экспертизу качества лечебно-диагностического процесса в соответствии с оценочной шкалой.
4. Использовать в расчёте содержание таблиц «Шкала уровня экспертных оценок» и «Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций».
5. Рассчитать уровень качества медицинской помощи конкретному пациенту.
6. Анализировать и оценивать работу врача по результатам расчета оценки качества медицинской помощи.
7. Расчёт оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками.
8. Методику расчета оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению структурными подразделениями и лечебно-профилактическими организациями в целом.
9. Проводить расчёт показателей здоровья и деятельности для формирования модели конечных результатов.
10. Рассчитывать коэффициент достижения результата (КДР) на основе МКР.
11. Анализировать и оценивать работу организаций здравоохранения по конечному результату на основе МКР.
12. Методику изучения удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.

IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ

Здоровье граждан – это важнейшее условие успешной реализации перспективной стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь. С момента образования Республики Беларусь как суверенного государства в основу социального направления государственной политики был положен принцип обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Первоочередной целью государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения было создание условий, позволяющих каждому человеку реализовать своё право на охрану здоровья. Снижение уровня заболеваемости населения рассматривается как фактор нашей национальной безопасности. При этом совершенствование системы качества оказываемых услуг и технологическая модернизация в здравоохранении могут обеспечить достижение этой цели.

Залогом успешного развития здравоохранения Республики Беларусь и удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи является его эффективное функционирование. Проблема оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобрело

характер не только труднейшей, но и важнейшей задачи, непосредственно связанной с политикой и стратегией здравоохранения.

Современные тенденции развития экономики и здравоохранения требуют не только проведение контроля качества оказания медицинской помощи на основе оценочных критериев, но и определения неотъемлемых компонентов, составляющих систему управления качеством. Комплексное их изучение и применение позволит совершенствовать действующую систему управления качеством медицинской помощи. Актуально также определение универсальных компонентов системы управления качеством медицинской помощи для медицинских организаций как государственной, так и частной организационно-правовых форм.

За последние годы здравоохранение республики достигло значительных результатов в этих аспектах. По многим позициям, характеризующим медико-демографическое состояние страны, таким как качество оказания медицинской помощи, показатели здоровья населения, Республика Беларусь занимает лидирующее положение среди стран СНГ, а также пользуется заслуженным уважением мирового медицинского сообщества. Всё это является следствием тщательно продуманной и взвешенной политики в области здравоохранения.

Проблема оценки качества медицинской помощи в настоящее время приобретает характер одной из сложнейших и важнейших задач, непосредственно связанных с политикой и стратегией здравоохранения. Она всё более усиливается по мере нарастания интенсивности труда в сфере оказания медицинских услуг.

Главная цель здравоохранения – это повышение уровня здоровья населения и удовлетворения его потребности в оказании квалифицированной качественной медицинской помощи. Важнейшим условием для достижения данной цели, совершенствования всей системы здравоохранения являются индикаторы качества медицинской помощи, которые отражают существующие проблемы и помогают проанализировать их с различных позиций (эффективность, адекватность, экономичность, морально-этические нормы).

В связи с вышесказанным особая значимость при изучении дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» придаётся формированию у студентов следующих профессиональных компетенций: приобретение знаний о системе управления качеством медицинской помощи, определение индикаторов качества медицинской помощи с учётом современных условий развития здравоохранения, отработка навыков по расчёту, анализу и оценке работы врача и организации здравоохранения.

V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие «качество медицинской помощи», его характеристика.
2. Идеология управления качеством медицинской помощи.
3. Основные принципы организации контроля качества оказания медицинской помощи пациентам в организациях здравоохранения.
4. Комплекс индикаторов, характеризующих и оценивающих качество медицинской помощи.
5. Организационно-управленческое обеспечение качества медицинской помощи.
6. Участники процесса формирования и оценки качества медицинской помощи.
7. Компоненты содержания и оценки качества медицинской помощи.
8. Элементы системы управления качеством медицинской помощи.
9. Способы обеспечения качества медицинской помощи.
10. Государственные минимальные стандарты в области здравоохранения.
11. Методика проведения экспертизы контроля качества.
12. Ступени проведения контроля качества оказания медицинской помощи.
13. Шкала оценки диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании лечения и реабилитации.
14. Значение карты оценки качества оказания медицинской помощи.
15. Содержание и значение таблицы оценки качества работы врача организации здравоохранения.
16. Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей организаций здравоохранения.
17. Содержание и методика заполнения анкеты по изучению мнения населения о работе организаций здравоохранения.
18. Система управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения.
19. Схема экспертной оценки качества медицинской помощи в организациях здравоохранения.
20. Группы показателей, характеризующих деятельность организаций здравоохранения.
21. Методика расчёта показателей здоровья.
22. Методика расчёта показателей деятельности.
23. Методика расчёта показателей дефектов.
24. Структура модели конечного результата.
25. Этапы расчета коэффициента достижения результата (КДР).

26. Практическое значение модели конечных результатов (МКР) для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.

VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ

1. Мультимедийные презентации.
2. Таблицы:
 - 2.1. «Методика расчёта оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению врачами ЛПО».
 - 2.2. «Шкала уровня экспертных оценок».
 - 2.3. Таблица уровней штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций.
 - 2.4. Таблица уровня штрафных санкций при отдельных дефектах деятельности среднего медицинского персонала лечебно-профилактических организаций.
3. Образец модели конечных результатов (МКР) деятельности организаций здравоохранения.
4. Международные и национальные нормативные правовые акты по вопросам качества.

VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ

Изучение темы состоит из следующих частей:

1. Определение исходного уровня знаний, разбор и обсуждение основных вопросов темы.
2. Разбор типовых и выполнение индивидуальных заданий по расчёту уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту.
3. Разбор типовых и выполнение индивидуальных заданий по расчёту и анализу деятельности организаций здравоохранения на основе модели конечных результатов (МКР).
4. Контроль усвоения теоретических знаний и практических навыков.
5. Подведение итогов занятия.

VIII. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ

1. Категория «качество», её сущность. Потребность человека в здоровье

Категория *«качество»* – это сравнительная (оценочная) характеристика объекта, т.е. категория относительная.

Она характеризует совокупность свойств, существенных признаков и характеристик, которые отличают один предмет или явление от другого, придают ему определённую сущность.

Это же и мера соответствия свойств, признаков продукции или услуг, обуславливающих способность удовлетворять установленные и предполагаемые потребности и запросы людей, соответствовать своему назначению, предъявляемым требованиям определённых стандартов, договоров.

В Международном стандарте ISO 8402, принятом в 1994 г., качество определяется как *«совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности»*. В данном контексте объект – это средство удовлетворения потребности, а качество выражает способность объекта их удовлетворять.

Так, если объект имеет некоторые свойства, которые способны удовлетворять установленные и предполагаемые потребности, то значит, он обладает определённым качеством.

Производитель *определяет потребности*, для удовлетворения которых предназначен создаваемый им объект, а потребитель в процессе потребления данного объекта определяет свою способность удовлетворить эту потребность, т.е. *устанавливает качество*.

В сфере медицины можно установить, что **человек имеет потребность в здоровье**. Объектом, способным удовлетворить данную потребность, выступает **здравоохранение**.

Отметим, что возможности по удовлетворению потребности в здоровье зависят от множества факторов, определяемых не только функционированием здравоохранения, но и деятельностью самого носителя данной потребности (человека).

Потребность в здоровье испытывают все люди, но для одних – это потребность в восстановлении здоровья (статус: пациент), а для других – в его сохранении (статус: здоровый человек). Пациент свою потребность может удовлетворить при обращении к врачу или при обращении в аптеку. Здоровый человек свою потребность может удовлетворить путём осуществления профилактических мероприятий, проводимых как медицинскими организациями, так и им самим.

Как правило, возникновение потребности в здоровье возникает уже при его утрате («что имеем – не храним, потерявши – плачем»). Неудовлетворение потребности **в сохранении здоровья** человека ведёт к возникновению потребности **в восстановлении здоровья** и необходимости её удовлетворения. Человек может одновременно удовлетворять потребность в здоровье только одного вида. Если человек «потерял» своё здоровье, то должен его «найти» (восстановить), а если «нашёл» (восстановил) своё здоровье, то должен его сохранить.

В условиях рыночной экономики, однако, большинство людей начинают ценить своё здоровье и вести себя более рационально: сравнивают затраты, связанные с сохранением здоровья и затраты, связанные с его восстановлением, а также с выгодой, упущенной из-за болезни.

В «Словаре русского языка» С.И. Ожегова понятие «**качество**» имеет два смысловых значения:

1. «Совокупность существенных признаков, свойств, особенностей, отличающих предмет или явление от других и придающих ему определённую (спец.).»

2. То или иное свойство, признак, определяющий достоинство чего-нибудь (к. работы, к. изделий)».

Первое значение качества позволяет придать состоянию человека определённую здоровья или оценить качество его здоровья, т.е. осуществить диагностику (поставить диагноз). Второе значение определяет качество деятельности человека по охране своего здоровья.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- качество определяется по совокупности или единичности признаков (свойств);
- совокупность признаков (свойств) позволяет отличить объект качества, а единичность его оценить.

2. Взаимообусловленность понятий «качество жизни людей» и «качество жизни, связанное со здоровьем»

Качество жизни человека напрямую зависит от состояния здоровья, а соответственно от качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности.

Под *качеством жизни* понимают такое сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, которое позволяет достичь физической, психической и социальной удовлетворённости и самовыражения.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1999 г., **качество жизни** – это оптимальное состояние и степень индивидуального восприятия отдельными людьми и населением в

целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и представляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

Отметим, что «качество жизни» – понятие многогранное. Оно включает в себя многие социально-экономические, психологические и медицинские аспекты соотносящиеся человеком с определёнными целями, ожиданиями, взглядами и стандартами общественной жизни: образ жизни, здоровье, образование, экология, трудовая деятельность, взаимоотношения и многое др.

Выделяют категорию **«качество жизни, связанное со здоровьем»** (англ. Health Related Quality of Life – **HRQL**). Это обобщённая характеристика физиологического, психологического, социального, эмоционального состояния человека, оцениваемая исходя из его внутреннего субъективного восприятия.

«Качество жизни, связанное со здоровьем» следует рассматривать как оценку условий жизнедеятельности (образа жизни) и здоровья, позволяющую проанализировать в динамике показатели физического, психологического и социально-экономического благополучия, уровень гигиенической и эпидемиологической безопасности, удовлетворённость доступностью, качеством и эффективностью проводимых медико-организационных, клинικο-диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

3. «Качество медицинской помощи» – анализ понятия и её характеристик как многоаспектной проблемы

Удовлетворённость людей, их благополучие и успешность, напрямую зависят от качества оказания им медицинской помощи. Соответственно важнейшим социальным институтом, который оказывает огромное влияние на благосостояние и качество жизни человека является здравоохранение.

ВОЗ провозглашён принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека».

Согласно данным, которые приводит Н.Н. Пилипцевич, уровень удовлетворённости работой сферы здравоохранения постоянно высок во многих развитых и развивающихся странах (например, в Швейцарии и Швеции он составляет около 90%), а уровень неудовлетворённости пациентов в связи с ненадлежащим качеством помощи колеблется от 3% (в Германии) до 20,5% (в России).

Проблема *качества медицинской помощи* является исключительно значимой в таких аспектах, как сохранение здоровья, профилактика заболеваний, увеличение продолжительности жизни,

улучшение её качества при заболевании и при инвалидности, а также в конце жизни. Поэтому важно понимание сущности данного термина.

В научной литературе существуют различные подходы к определению понятия **«качество медицинской помощи» (КМП)**:

1) – это та степень, с которой медицинское обслуживание отдельных пациентов, группы пациентов и популяции в целом повышает вероятность достижения желательных исходов лечения и соответствует современным профессиональным знаниям.

2) – это совокупность характеристик, направленных на удовлетворение потребностей людей в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества жизни и увеличении её продолжительности.

3) – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

4) – это оценка медицинской деятельности пациентом с позиции доступности, безопасности, оптимальности, результативности медицинской помощи.

Таким образом, понятие «качество медицинской помощи» очень многогранное и конкретизируется различными характеристиками. Отсутствие чёткого определения в нормативных правовых документах существенно затрудняет осуществление контрольной функции.

Американский национальный комитет по качеству (National Comities for Quality Assurance (NCQA)) в 1990 г. наделил его следующими важнейшими критериями:

1. Доступность обеспечения медицинской помощи.
2. Достаточность обеспечения медицинской помощи.
3. Своевременность оказания медицинской помощи.
4. Преемственность и непрерывность оказания медицинской помощи.
5. Эффективность использования финансовых средств.
6. Социальная удовлетворённость пациента и его семьи.
7. Оценка методов лечения по ожидаемым результатам.
8. Медицинская помощь, отвечающая мнению и потребностям пациента.
9. Безопасность медицинской помощи для окружающей среды.

Европейское бюро ВОЗ в рамках региональной стратегии по достижению *«здоровья для всех»*, подчёркивает, что государства-члены организации должны создать эффективные механизмы, обеспечивающие качество обслуживания пациентов в рамках системы здравоохранения этих стран. Создание таких механизмов, по мнению ВОЗ, во многом диктуется соображениями, что увеличение финансирования системы здравоохранения, благодаря которому

происходит насыщение больничными койками, врачами, медикаментами и т.д., тем не менее, не всегда приводит к соответствующему увеличению показателей состояния здоровья населения и повышению его удовлетворённости оказываемой медицинской помощью.

Европейское бюро ВОЗ сформулировало следующее определение понятия **«качество медицинской помощи»** – это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворённость пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой».

Следует отметить, что экономический компонент остаётся значимой характеристикой развития здравоохранения. Здравоохранение вынуждено идти по пути снижения издержек и заниматься поиском источников дополнительного финансирования. При этом лечение должно оставаться и качественным, и экономически обоснованным.

По отношению ко всей системе здравоохранения Европейское бюро ВОЗ рекомендует определять понятие «качества медицинской помощи» в виде следующих *показателей*:

- **Эффективность** – это отношение затратных ресурсов (фактически оказанной медицинской помощи) к полученным клиническим результатам.
- **Экономичность** – отношение ресурсных затрат к нормативной стоимости.
- **Адекватность** – соотношение между оказанной потребной и стандартной медицинской помощью.
- **Научно-технический уровень** – степень применения при оказании медицинской помощи населению имеющихся научных медицинских знаний и технологий.

Данные показатели рекомендуется дополнять следующими компонентами качества:

- **Своевременность** – это соотношение между временем получения необходимой помощи от момента возникновения потребности и минимальным временем, которое понадобилось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в идеальных условиях.
- **Доступность** – это соотношение между числом пациентов, своевременно получающих помощь и общим числом нуждающихся в ней.
- **Достаточность** – это минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для оказания

полного объёма медицинской помощи и наибольшей её эффективности.

- **Репрезентативность критериев качества** – это соответствие реально полученных результатов анализируемых показателей некой точной величине, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта.

Значимость регулирования деятельности здравоохранения с каждым годом возрастает. Это обусловлено, в том числе появлением в Республике Беларусь медицинских организаций негосударственной формы собственности, имеющих определённую свободу выбора своего профиля, выбора медицинских технологий. Поэтому обязательность соблюдения отраслевых стандартов требует соответствующей системы контроля.

Удовлетворённость пациентов медицинским обслуживанием также зависит от равенства и справедливости в получении медицинской помощи, осведомлённости по некоторым медицинским аспектам: например, о структуре и возможностях системы здравоохранения и т.п.

Простая формула определения качества медицинской помощи может быть сформулирована так: – это когда врачи-специалисты делают то, что нужно, когда нужно и как нужно.

Основные компоненты формирования и эффективного функционирования системы предоставления качественной медицинской помощи можно представить в виде трёхэтапной модели:

1. Дизайн качества МП – это деятельность по созданию и обеспечению системы предоставления качественной медицинской помощи.

2. Улучшение качества МП – это деятельность, направленная на усовершенствование существующей системы.

3. Контроль и корректировка системы качества МП – это деятельность по измерению и мониторингу качества.

Резюмируя вышесказанное, можно обозначить важнейшие вопросы, стоящие перед любой национальной системой здравоохранения, над решением которых ежедневно работают в мире многие специалисты – организаторы здравоохранения:

- *Как достичь высокого уровня КМП и сохранить его?*
- *Что делать для постоянного улучшения КМП?*
- *Как заинтересовать медицинский персонал в повышении КМД?*
- *Как повысить объективность ведомственной экспертизы?*

4. Специфические особенности осуществления медицинской деятельности и оказания медицинских услуг

В условиях рыночной экономики принято считать, что качество – это свойство товара или услуги (в том числе медицинской – как социально-экономической категории) удовлетворять спрос потребителей (в здравоохранении – пациентов). Однако применение классических законов экономики в сфере оказания медицинских услуг затруднено. Соответственно использование традиционных методов и систем оценки и обеспечения качества ограничено. В чём же конкретно состоит специфика медицинской деятельности?

1. Медицинская услуга неотделима от процесса оказания медицинской помощи. Она не может сохраняться (сохраняется результат медицинской услуги) и «потребляется» в момент её оказания.

2. Медицинская услуга обладает неопределёнными потребительскими свойствами. Поэтому одним из направлений деятельности врача и является определение необходимости оказания медицинской услуги (потребность) и её объёмы. В результате диагностики патологического состояния пациента данная потребность выявляется.

Так, в отличие от классических рыночных законов, производитель (врач), а не потребитель (пациент) определяет объём необходимых услуг. В результате, если лечение обусловлено не состоянием здоровья пациента, а прямой экономической заинтересованностью врачей, то может возникать конфликт между их (врачей) медицинскими и экономическими интересами (например, неадекватное увеличение объёма необходимых медицинских манипуляций и процедур; выбор наиболее дорогостоящих услуг и препаратов и т.п.).

3. Медицина в современном мире сочетает классические методики диагностики и врачевания, которые формировались на протяжении всей истории медицины (опрос, осмотр пациента, пальпация, аускультация и др.), и результаты научно-технического прогресса (НТП). Иногда врач принимает абсолютно правильные решения, руководствуясь не только логикой, но и врачебной интуицией.

Качественная оценка классических методик затруднена и определяется в первую очередь существенной ролью субъективных факторов (черты личности, особенности характера и способности врача). В данном аспекте медицина выступает сродни искусству, которое сложно оценивать объективно.

Вместе с тем, медицина – это сфера применения самых современных прогрессивных достижений науки и техники.

4. Медицинская деятельность уникальна и специфична также потому, что потребитель активно участвует в её процессе. Качество

медицинской помощи зависит не только от качества деятельности врача, но и от адекватности исполнения пациентом врачебных назначений и рекомендаций.

Степень вмешательства пациента в лечебно-профилактический процесс зависит от законодательства, развития образовательных программ для пациентов и уровня медиализации¹ общества.

5. Особенностью категории «качество» в приложении к МП является также то, что исполнение обследования и лечения пациента в полном соответствии с видом патологии и спецификацией ЛПО может не всегда полностью удовлетворить пациента в связи с отсутствием у него знаний и объективного представления о возможностях коррекции его патологического состояния средствами современной медицины.

6. Современная техника реанимации и интенсивной терапии может поддерживать биологическое существование пациента практически неограниченное время при полном отсутствии возможности выздоровления и возврата его к нормальной человеческой жизнедеятельности. Возникает ряд неразрешимых вопросов в русле биомедицинской этики:

- При каких обстоятельствах и в какой степени врач вправе вмешиваться?
- Насколько экономически оправданы те огромные расходы, которые понесут в результате этого медицинские организации?
- Кто имеет право принимать решение о прекращении мероприятий интенсивной терапии и тем самым о лишении человека жизни?

Таким образом, многие аспекты медицины могут переплетаться с вопросами морального и этического характера.

7. Применительно к практике здравоохранения необходимо обоснование *системного подхода к пониманию причин дефектов* в оказании медицинской помощи. Однако стоит отметить, что результат медицинской помощи зависит не только от её качества. Даже при самом качественном лечении возможен неблагоприятный исход. Всегда существует риск возникновения нежелательных событий под влиянием множества неуправляемых факторов. Например, неизбежны побочные действия лекарственных средств, индивидуальная чувствительность пациентов к определённым лекарственным веществам, человеческий фактор, а также риск, сопряжённый с использованием медицинской техники и т.д.

¹ **Медиализация** (англ. medicalization – термин, широко применяющийся с 1970-х гг. в социологии) – это социальный феномен и социальный процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на всё новые сферы общественной жизни. Связан данный социальный феномен был с переосмыслением понятий «здоровье» и «болезнь», развитием знаний о влияющих на них факторах, а также ростом и расширением значения медицины в обществе.

Таким образом, необходимо выделять дефекты «заранее» обусловленные или впоследствии спровоцированные неуправляемыми факторами медицинской практики.

Дефекты могут возникать по причине ошибок в подходах к управлению ЛПО, недостатков в её организационной культуре, неэффективном построении системы управления качеством и профилактике рисков, неспособности извлекать уроки.

5. Врачебные ошибки (дефекты лечения) и ятрогении в медицинской практической деятельности

Ошибки в медицине случались всегда. В «Законах Хаммурапи» (1750-е г. до н.э.) встречаются наказания в отношении врачей за причинение вреда пациентам.

Гиппократ считал, что *«...людские нужды заставляют нас решать и действовать. Но если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знания»*.

Во многих случаях имеются трудности в определении дефектов медицинской помощи. Для установления наличия или отсутствия ошибки необходимо отталкиваться от существования некоего эталона или стандарта, от которого произошло отклонение (например, клинические стандарты). Кроме того, важно также разобраться в понятиях: что есть «врачебная ошибка», а что такое «ятрогения».

С медицинской точки зрения, под **врачебной ошибкой** понимают *добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и её методов, в результате нетипичного течения заболевания или недостаточности уровня квалификации и профессионального опыта врача, а также из-за проблем материально-технической оснащённости медицинских организаций*.

Не относят к врачебным ошибкам действия врача, вызванные халатностью, невнимательностью, небрежностью или медицинским невежеством.

Результатом врачебной ошибки могут быть:

- появление новых патологических состояний у пациента;
- осложнение течения имеющихся заболеваний;
- причинение физических и (или) нравственных страданий;
- дополнительные расходы на лечение и др.

Врачебные ошибки в зависимости от причин и этапа оказания помощи можно классифицировать на: *диагностические, лечебно-тактические, технические, организационные, деонтологические*.

Наравне с понятием «врачебная ошибка» для анализа вреда, который врач может причинить пациенту, и его причин используется

понятие **«ятрогения»** (от др.-греч. *iatros* – «врач» и *genes* – «создавать», «порождать»)². Данный термин также неоднозначен.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) под **ятрогенией** понимаются *любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических, лечебных вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности, смерти.*

Предложенное определение более ёмкое и широкое по содержанию, нежели понятие «врачебная ошибка». Термин «ятрогения» включает в себя все неблагоприятные последствия врачебной деятельности. Таким образом, врачебная ошибка – это лишь разновидность ятрогении.

Ятрогенные заболевания могут быть вызваны как ошибочными и необоснованными, так и правильными действиями врача.

В зависимости от причин, выделяют следующие разновидности ятрогении: *психогенные, лекарственные, травматические, инфекционные, манипуляционные, смешанные (комбинированные) и др.*

Медицинское вмешательство бывает добросовестным, недобросовестным и умышленно преступным. Все указанные случаи, как представляется, являются ятрогенными. Не все ятрогении возникают в результате ошибок медицинских работников, поэтому к ятрогениям следует относить несчастный случай, обоснованный риск, крайнюю необходимость, врачебную ошибку (противоправную и невиновную) и др.

Согласно некоторым усреднённым данным на сегодняшний день, полученным из различных исследований, до 13% случаев госпитализации пациентов является следствием негативного результата лечения или диагностики. Более 70% ятрогенных осложнений можно было бы избежать.

В странах Запада регулярно отмечаются случаи, когда хирург, например, удалил почку не тому пациенту (тёзке человека), либо удалил вместо правой почки левую и т.п. Среднестатистическая больница США сталкивается с одним таким происшествием примерно один раз в 5–10 лет.

Важнейшим остаётся вопрос о том, ***как реагировать на врачебные ошибки и ятрогении, чтобы постараться предотвратить их в будущем?***

В 2016 г. больница в США – Brigham and Women's Hospital – завела блог (<https://bwhsafetymatters.org>), в котором стала публиковать подробные разборы ошибок своего персонала – неверные диагнозы и

² Термин «ятрогения» впервые встречается в 1925 г. в работе немецкого психиатра Освальда Бумке «Der Arzt als Ursache seelischer Störungen» («Врач как причина душевных расстройств»).

назначения, тяжёлые исходы операций и т.д. Также на сайте Medicare.gov, можно увидеть, как часто случаются послеоперационные осложнения, инфекции и другие предотвратимые события в любой американской клинике.

Одним из простых и действенных способов борьбы с врачебными ошибками в странах Запада признаётся внедрение в практику так называемых «чек-листов». Можно отметить, что в отечественных ЛПО очень часто ошибки возникают именно из-за того, что нарушается алгоритм действий медицинского работника в той или иной ситуации, например, упускается один из этапов протокола обследования и т.д.

Чек-лист – это список важных действий при той или иной процедуре, о которых врачи и/или медсёстры могут забыть. Например, ввести антибиотики за полчаса до начала операции (не раньше и не позже); проверить, отмечено ли место вмешательства; попросить пациента подтвердить своё имя и т.д. Данная идея пришла из авиации – у лётчиков имеется в наличии сразу несколько чек-листов, которые постоянно обновляются. Они нужны и в рядовых ситуациях, чтобы ничего не упустить (например, перед полётом), и в экстренных, когда простые меры можно принимать по чек-листу, а мозг лучше освободить для более сложных решений.

Перед плановыми операциями в Городской клинической больнице имени С.С. Юдина (ГБК им. С.С. Юдина, г. Москва, РФ) используют чек-лист, составленный экспертами ВОЗ и адаптированный к местным условиям (см. Приложение 1). Для экстренных ситуаций организационно-методический отдел «Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», г. Москва, РФ) совместно с заинтересованными в улучшении результатов руководителями службы анестезиологии и реаниматологии крупнейших московских стационаров (ГКБ им. С.П. Боткина и др.) перевёл чек-листы Гарвардской школы здравоохранения и Brigham and Women's Hospital (см. Приложение 2).

Применение на практике чек-листов очень простой, легко выполнимый и результативный способ борьбы с ошибками. Мировой опыт показал высокую эффективность их применения: как правило, существенно уменьшалось число смертей, осложнений, повторных операций, инфицирования. Однако для достижения соответствующего эффекта внедрение чек-листов в обязательном порядке должно сочетаться с постоянным контролем.

Нередко медицинские организации в мире публикуют статистику своих ошибок, не опасаясь за свою репутацию, т.к. считают важным «в борьбе за качество» выстроить систему конструктивного взаимодействия медицинской среды с населением.

В любой системе здравоохранения признание и разбор своих ошибок занятие малоприятное. Однако считается, что без внедрения *системы открытого обсуждения внутриклинических ошибок* невозможна эффективная борьба с ними. После сообщения об ошибке в клиниках США проводится *root cause analysis – анализ первопричин*. При этом подчёркивается, что важнейшая цель – не наказать врача, а изменить систему. Врач не стремится к сокрытию ошибок и может спокойно рассказать пациентам и коллегам о них. Этому способствует то, что его профессиональная ответственность застрахована, и врач защищён соответствующим правовым полем.

Считается также, что одним из главных способов контроля является наблюдение коллег, в обязанности которых входит своевременный *репортинг* или *докладывание о выявленных рисках или уже случившихся нежелательных явлениях (не следует путать с доносительством! каждый медицинский работник всегда должен действовать во благо пациента!)*. Соответствующие изменения должны произойти и в корпоративной культуре. В том числе такие, при которых, например, любая медсестра в интересах пациента могла бы сделать замечание врачу без страха наказания или порицания. Сейчас далеко не везде это считается нормальным.

В США считается что, чем полнее объяснено произошедшее пациенту, либо его родственникам, чем быстрее это сделано, чем эмпатичнее³ это сделано, тем будет больше удовлетворённость пациентов и их родственников в конфликте и, тем меньше вероятность судебных последствий. Вместе с тем, ни в одном из компонентов извинений врача не должно содержаться даже намёка на оправдание («это же была сложная операция...», «рубцовая ткань...», «необычная анатомия...», «непредвиденная реакция организма на лекарство...» и т.п.). Любые оправдания в эмоциональном пылу могут казаться правдоподобными и даже очевидными врачам. Но с точки зрения пациента – это ухищрения, изворотливость, либо лукавство доктора. Пациент рассчитывает: услышать извинения за конкретную ошибку; понять, кто именно и почему её совершил; узнать, какие меры были предприняты и что будет сделано, чтобы этого больше не случилось.

В нашей реальности обсуждать ошибки с пациентами врачи (как и сами пациенты, либо их родственники) преимущественно не готовы по ряду причин, основной из которых является понимание того, что это, скорее всего, спровоцирует со стороны пациентов жалобы и скандалы.

Нарушения, допускаемые при оказании МП, повлекшие юридически значимые последствия, могут иметь различную правовую

³ **Эмпатия** (от греч. «страдание», «чувство», «сочувствие») – осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека.

квалификацию. Необходимо учитывать, что в зависимости от условий оказания медицинской помощи и от тяжести причинённого пациенту вреда, можно говорить о ятрогениях, влекущих, гражданско-правовую, дисциплинарную или даже уголовную ответственность, а также об обстоятельствах, исключающих преступность деяния. Особое внимание должно обращаться на вопросы, касающиеся правомерности и обоснованности признания противоправными и общественно-опасными действий медицинского работника по оказанию медицинской помощи пациенту, имевшей неблагоприятный исход, и правильности определения вида ответственности виновного.

В результате возникновения *преступных ятрогений* медицинский работник может быть привлечён к уголовной ответственности, к примеру, за допущение преступной небрежности, служебной халатности, преступного легкомыслия (самонадеянности) при оказании медицинской помощи. По составу преступления это могут быть случаи ненадлежащего исполнения (неисполнения) своих профессиональных обязанностей при оказании помощи пациенту, повлекшего причинение смерти (или причинение вреда) по неосторожности, либо заражение ВИЧ-инфекцией и т.п.

Ещё раз отметим, что **не всегда** отклонение от правил оказания медицинской помощи есть результат проявленной врачом неосторожности, обусловленной ненадлежащим исполнением им своих профессиональных обязанностей. Отклонение от правил может быть допущено и при надлежащих действиях врача, но причиной его возникновения будут обстоятельства, которые он не мог и (или) не должен был предвидеть. Необходимо принимать во внимание, что в практической деятельности возможности оказать надлежащую медицинскую помощь пациенту часто бывают ограничены объективными условиями: научно-практические возможности отечественной медицины; своевременность обращения пациента за МП; тяжесть патологии или её неизлечимость; объективными условиями оказания МП (место, время, обстановка); уровень материально-технической и кадровой обеспеченности медицинских организаций регионального здравоохранения и т.д. Неблагоприятные последствия могут быть обусловлены также неправильным поведением самого пациента.

Чтобы наиболее полно и всесторонне оценить действия медицинских работников, при соответствующей необходимости привлекаются эксперты для проведения судебно-медицинского экспертного исследования (экспертиза качества МП).

Сложность профессии врача заключается в том, что она требует от него активных действий по предотвращению вреда здоровью пациента и сохранению его жизни, которые, как правило, связаны с

врачебным риском. В экстремальных лечебных ситуациях врач должен принимать решение на основе оценки степени риска и пользы для пациента, что часто сопровождается моральными переживаниями. При этом этические нормы предполагают стремление врача к минимизации риска за счёт адекватной оценки своих возможностей и способностей и тщательного анализа методов лечебного и диагностического воздействия.

Несмотря на реальные и потенциальные общественные разногласия, которые существуют по вышеуказанным проблемам, профессиональный долг врача заключается в том, чтобы принимать всевозможные меры к сокращению ошибок и ятрогений путём повышения своего профессионального уровня и соблюдения основных принципов и норм медицинской этики.

Профилактике врачебных ошибок и ятрогений способствует постоянное стремление врача к повышению уровня своей профессиональной компетентности, внимательное и чуткое отношение к пациенту, моральная рефлексия над сложными ситуациями, возникающими в медицинской практике.

6. Внедрение стандартов качества ISO. Развитие концепции всеобщего менеджмента качества

Формирование представлений о качестве складывалось поэтапно и в течение длительного времени. В результате развития общества и НТР подходы к контролю, анализу, оценке и управлению качеством менялись.

Если в 20-х гг. XX в. проверка качества основывалась на проведении инспекций и испытаний, то в 40-е гг. применялся пооперационный (постадийный) контроль качества, что позволяло повышать качество ещё в процессе производства / оказания услуг. В сер. 50-х гг. контроль качества получил дальнейшее развитие и вошёл как элемент, создаваемой в странах Запада, системы управления качеством.

Основным отличием системного подхода к управлению качеством от широко известного контроля качества являлось то, что контроль качества – это лишь служба инспекций и тестирования, фактически оказанных услуг, в то время как системный подход к управлению качеством являлся методологией предотвращения ошибок на самых ранних стадиях исполнения проекта, и контроль качества был лишь одной из составных частей этой методологии.

В 1959 г. в США был принят первый национальный стандарт по системе управления качеством, а в 1968 г. – единый стандарт по

управлению качеством стран-членов Организации Североатлантического Альянса (NATO).

В 1960-х гг. начали разрабатываться системы обеспечения качества с упором на профилактику внутренних и внешних дефектов.

В 1970 – 1980-е гг. внедряются методы и средства управления качеством, позволяющие снизить экономические затраты. В 1987 г. они были прописаны в первой версии международных стандартов ISO 9000⁴. Так, в 70-80-х гг. XX в. происходит переход от обеспечения качества к управлению качеством.

В 1990-е гг. в менеджмент качества включается не только руководство деятельностью по управлению качеством, но и многоплановое управление процессами, ресурсами, персоналом на всех уровнях управления и во всех сферах деятельности. Эти положения связаны с понятием **«всеобщий менеджмент качества»**.

Серия стандартов ISO 9000 содержала основные принципы менеджмента качества, требования к системе менеджмента качества (СМК) организаций и предприятий, а также руководство по достижению устойчивого результата. ISO 9000 не является стандартом качества собственно продукта и непосредственно не гарантирует высокое качество продукции. Цель серии стандартов ISO 9000 – стабильное функционирование организации. Исходная направленность стандартов серии ISO 9000 была именно на отношения «потребитель-поставщик». С принятием в 2000 г. третьей версии стандартов ISO 9000 большее внимание стало уделяться способностям организации удовлетворять требования всех заинтересованных сторон: собственников, сотрудников, общества, потребителей, поставщиков.

Четвёртая версия стандарта вышла разрозненно: в 2005 г. был выпущен стандарт ISO 9000:2005, а в 2008-2009 гг. – стандарты ISO 9001 и 9004. ISO 9001 – это модель организации процессов, обеспечивающая максимально высокое качество работы организации. Соответствие требованиям ISO 9001 – тот минимальный уровень, который свидетельствует о надёжности и добротности организации, выражает её привлекательный имидж. Стандарт ISO 9004 делает акцент на достижение устойчивого успеха.

Данные стандарты помогают организациям и компаниям формализовать их систему менеджмента, вводя такие системообразующие понятия, как внутренний аудит, процессный подход, корректирующие и превентивные действия.

⁴ **ISO** (International Organization for Standardization (ИСО); Международная организация по стандартизации) – международная организация, занимающаяся выпуском стандартов. Основана в 1946 г. СССР был одной из стран-основателей ИСО. Административный центр находится в Женеве (Швейцария).

Стандарт ISO 9000 является фундаментальным. Принятые в нём термины и определения используются во всех стандартах ISO серии 9000. Этот стандарт закладывает основу для понимания основных элементов СМК.

В основе стандартов были положены идеи и принципы теории всеобщего менеджмента качества (Total Quality Management – сокр. TQM). Данная концепция началась с практики присуждения наград компаниям в США и Японии в области достижения высшего качества.

Всеобщий менеджмент качества – это подход к управлению организацией, нацеленный на качество, основывающийся на активном участии всех её членов (персонала во всех подразделениях и на всех уровнях организационной структуры) и, направленный на достижение как долгосрочного успеха путём удовлетворения требований потребителя, так и выгоды для членов организации и общества.

Задачи TQM:

1. Постоянное улучшение качества посредством регулярного анализа результатов и корректировки деятельности.
2. Полное отсутствие (стремление к отсутствию) дефектов и нецелесообразных затрат.
3. Выполнение намеченного точно в срок.

Тактика TQM:

1. Стратегическое управление.
2. Вовлечение всех сотрудников в активную деятельность по улучшению качества.
3. Предупреждение причин дефектов.
4. Непрерывное совершенствование качества.
5. Регулярный самоанализ.
6. Применение научного подхода.

Механизмы TQM:

- Quality Assurance (QA) – обеспечение качества (контроль).
- Quality Improvements (QI) – повышение качества.

Данные механизмы позволяют, говоря футбольным сленгом, «удержать мяч в игре», то есть постоянно совершенствоваться и развиваться.

Согласно концепции TQM реализация поставленных целей и достижение долгосрочного успеха осуществляется согласно круговому циклу управления (т. наз. «цикл Деминга»): *планирование – осуществление – контроль – управляющее воздействие*. Для достижения поставленной цели (максимальное удовлетворение запросов потребителей, общества и сотрудников):

- планируется деятельность;
- формируется группа исполнителей;
- деятельность документируется и анализируется.

По результатам анализа проведённой деятельности планируется следующий в круговом цикле управления комплекс мероприятий. Планирование, обеспечение и контроль улучшения качества всех процессов и системы происходит в непрерывном режиме.

Табл. Различия основных принципов традиционной системы управления качеством и системы TQM

Традиционные принципы управления качеством	Принципы системы TQM
Удовлетворение потребностей заказчика (например, государства)	Удовлетворение потребностей потребителя, общества и сотрудников организации
Разработка преимущественно корректирующих воздействий	Разработка преимущественно предупреждающих воздействий
Обучение управлению качеством только сотрудников отдела контроля качества	Обучение управлению качеством всего персонала
Возложение функций обеспечения качества на отдел контроля качества	Возложение функций управления качеством на всех сотрудников, на органы управления всех уровней
Решение в области качества только «горящих» вопросов и задач сегодняшнего дня	Регулярное выявление и решение в области качества хронических проблем, долгосрочное планирование качества и мер его достижения
Выполнение каждым сотрудником автономно поставленной задачи	Координация и взаимодействие деятельности всех сотрудников в области качества
Деятельность фокусируется на методах и средствах, ориентируется на обсуждение	Деятельность направлена на результат, ориентируется на эффективные действия

Таким образом, наиболее *важными элементами* теории всеобщего менеджмента качества являются:

1. Фокусировка всей деятельности организации на нуждах и пожеланиях потребителей.
2. Активное участие каждого в процессе удовлетворения запросов потребителей.
3. Постоянное непрерывное улучшение качества при минимизации затрат.
4. Долговременная стратегия общего руководства и управления организацией.

5. Использование инноваций в стратегическом планировании.

6. Организационная структура нацелена на усвоение передового опыта и обучение специалистов, способных выполнять все виды работ в области обеспечения, контроля и улучшения качества.

7. Аспекты гуманизма не противоречат аспектам менеджмента.

В мировой практике выделяют 4 уровня деятельности, направленной на достижение гарантированного качества:

Управление качеством	деятельность оперативного характера для выполнения установленных требований по качеству
Обеспечение качества	деятельность, направленная на достижение уверенности в том, что требования по качеству будут выполнены
Общее руководство качеством	деятельность по управлению качеством и его обеспечению, а также разработка и реализация политики организации в области качества
Всеобщее управление качеством	долговременная стратегия, направленная на обеспечение качества и эффективную деятельность организации с участием в этом процессе всех заинтересованных лиц

Принципы TQM.

Восемь принципов менеджмента качества образуют основу для стандартов СМК, входящих в семейство ISO 9000:

1. Ориентация на потребителя, его запросы и ожидания.
2. Лидирующая роль руководства.
3. Вовлечённость работников в процесс достижения поставленных целей.

4. Процессный подход. Для достижения наилучшего результата соответствующие ресурсы и деятельность, в которую они вовлечены, нужно рассматривать как процесс, ценный как для самой организации, так и для потребителя.

Схема. Применение стандартов ISO 9000 в процессном подходе



5. Системный подход к менеджменту. Эффективность деятельности организации можно повысить за счёт объединения процессов создания услуг (продукции) с процессами, позволяющими отследить соответствие услуги (продукции) насущным потребностям.

6. Постоянное совершенствование и улучшение деятельности организации.

7. Принятие решений, основанных только на достоверных данных (фактах). Источниками таких данных могут быть, например, результаты внутренних аудитов, претензий потребителей (пациентов) и т.д.

8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Таким образом, требования к качеству на международном уровне определены стандартами ISO 9000, которые установили единый, признанный в мире подход к оценке систем качества и регламентировали отношения между производителями и потребителями. При этом если стандарты ISO 9000 провозглашают достижение качества конечной целью, то концепция TQM рассматривает достижение качества как непрерывный процесс:

- Качество – цель номер один.
- Сотрудники – ценность номер один.
- Командный дух.
- Эффективный менеджмент.

- Справедливость как основа мотивации и вера как основа оптимизма.
- Улучшение имиджа и репутации организации.

TQM выступает против авторитарного стиля управления!

Данный стиль управления основан на страхе и принуждении, на давлении на человека. Авторитарному руководителю не хватает личной привлекательности, а часто и профессионализма. Авторитарное управление опирается на контроль над людьми, а не наделяет их полномочиями.

Лидер должен быть харизматичным, а команда ориентирована на успех. Необходимо не обвинять в проблемах, а искать решение. TQM делает акцент на творческом подходе и инновациях.

Сложность внедрения TQM в здравоохранении связана с тем, что многие медицинские специалисты видят в этом угрозу своей профессиональной независимости.

7. Модели управления качеством медицинской помощи. Теория управления качеством в философии У.Э. Деминга

В здравоохранении выделяют *3 модели управления качеством*:

1. Профессиональная модель широко использовалась в СССР как форма управления качеством в стационаре. Качество оказываемой помощи всецело зависело от квалификации врача-профессионала. Администрация больницы за последствия лечения ответственности не несла, а была лишь призвана создавать необходимые условия для работы.

В условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи, координации усилий специалистов, повышения интеллектуальности врачебной работы данная модель малоэффективна. Она не учитывает экономическую составляющую качества. Оценка результатов проводится самим врачом и основана на его интуитивном мышлении.

Во множестве белорусских ЛПО имеет место формальный подход к проведению внутриведомственной экспертизы, чаще всего с использованием данной модели.

2. Бюрократическая модель управления качеством основана на стандартизации объема и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата. Управление качеством возлагается на администрацию и руководителей подразделений ЛПО. В основе – инспекционный контроль КМП. Он направлен на выявление дефектов преимущественно на финальном этапе лечебно-диагностического процесса (**контроль результата**). Администрация в основном контролирует процессы обеспечения ресурсами. Анализ и оценку результатов медицинской деятельности производят руководители

структурных подразделений. Применение данной модели неизбежно ведёт к возникновению противоречий между администрацией и сотрудниками. Информация о результатах оказания МП может представляться в администрацию в искажённом виде. Администрация слабо влияет на принятие решений по управлению качеством. Рядовые медицинские работники не задействованы в реализации модели.

3. Индустриальная модель была разработана **Уильямом Эдвардсом Демингом**⁵. Важнейшими элементами данной модели являются процессный анализ, проектирование процессов, непрерывное повышение качества, участие в управлении качеством всего персонала и самоконтроль ключевых этапов процесса.

В основе управления результатом лежит цикл действий, направленный на максимальное снижение частоты отклонений в основных процессах и гарантирующий достижение наилучшего из максимально возможных научно обоснованных результатов.

Анализировать необходимо не индивидуальное выполнение, а управление процессами, выявлять отклонения и их причины.

Ключевым положением в модели является **концепция непрерывного повышения качества**. Её содержание заключается в том, что качество создаётся при использовании качественных процессов, материалов, инструментов.

Деминг У.Э. является автором **14 универсальных принципов управления качеством**, сформулированных в книге «Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами = Out of the Crisis»:

1. Высшее руководство должно **определить план повышения качества и установить цель**. Цели должны быть достигнуты.

2. Каждый сотрудник от высшего руководства до низшего по должности работника должен чётко знать свои обязанности и принять **требования новой философии качества**. Дефекты в работе допустимы, но от них максимально нужно оградить потребителя.

3. **Положить конец негативной зависимости от частых инспекций и аудитов качества**. Цель аудита – улучшение процессов и снижение затрат, а просто поиск дефектов.

4. **Выбор поставщика не должен основываться исключительно на стоимости их товаров и услуг**. Выбор самого дешёвого поставщика ресурсов, обещающего самые низкие затраты, приведёт к

⁵ Деминг, Уильям Эдвардс (англ. W.E. Deming, 1900 – 1993) – учёный США, специалист в области менеджмента качества. Основоположник теории всеобщего управления качеством. Автор теории менеджмента, основанной на предложенной им же Теории Глубинных Знаний (System of Profound Knowledge). Консультант крупных компаний США и Японии в области управления качеством.

худшему результату. Лучше всего выстраивать с партнёрами длительные отношения, основанные на лояльности и доверии.

5. **Постоянно определять проблемы и работать над улучшением системы управления и контроля качества.** Повышение качества – непрерывный процесс.

6. Внедрять современные методов **обучения сотрудников.**

7. **Обучать руководство.** Цель руководства – это не только указания, но и помощь в том, как лучше выполнить работу. Организации должны готовить своих менеджеров быть хорошими лидерами.

8. **Искоренять страхи в работе.** В коллективе должна быть создана атмосфера доверия и новаторства. Каждый должен эффективно работать на благо организации и улучшение её деятельности. Многие страхи на работе вызваны количественными оценками качества работы. Работник должен делать требуемое и стремиться к качеству, а не к получению хороших оценок. Сотрудник не должен бояться вносить новые идеи, быть креативным. Организация должна терпимо относиться к неудачам, особенно когда работники экспериментируют с новыми идеями.

9. **Устранять барьеры между подразделениями.** Между подразделениями должно быть взаимодействие, а не конкуренция или антагонизм. Взаимодействие позволит оптимизировать усилия команд в направлении достижения качества.

10. **Избегать пустых лозунгов на рабочих местах.** Призывы руководства к полному устранению дефектов и ошибок, повышению продуктивности без предоставления соответствующих ресурсов, средств, описания методов достижения и тактики действий неэффективны, а также создают конфликтные взаимоотношения.

11. **Минимизировать (или оптимизировать) рабочие стандарты и количественные показатели.** Качество услуг должно ставиться выше количественных показателей. Необходимо исключить индивидуальные системы контроля типа «наказание / награда».

12. **Применять систему рейтинговых оценок** заслуг сотрудников.

13. **Поощрять и стимулировать программы переквалификации и повышения квалификации.** Для этого необходимо привлекать ведущих специалистов-инструкторов. Обучение от статистического представления об организации должно быть расширено до общего видения процессов.

14. **Преобразовывать.** Каждый сотрудник должен быть нацелен на преобразования. Это работа всех, а не только руководства. Обязательно необходимо информировать сотрудников о прогрессе.

Данные 14 принципов, согласно Демингу У.Э., являются «лекарством» от 5 «смертельных болезней», которые могут уничтожить организацию:

1. ***Управление только главной линией развития.***
2. ***Оценка деятельности только на основе количественных показателей, отчётов, рейтингов, ежегодных обзоров достижений.*** Менеджеры должны знать процесс, быть вовлечены в него, понимать источники возникновения проблем, а не полагаться исключительно на цифры.
3. ***Акцент на получение краткосрочных выгод, быстрых прибылей.*** Только длительный и стабильный рост и совершенствование должны быть приоритетами организации.
4. ***Отсутствие стратегии,*** последовательности реализуемых задач при достижении цели организации.
5. ***Текучка кадров*** всегда указывает на серьёзные проблемы. Работники должны чувствовать уверенность в возможности своего профессионального и карьерного роста, чувствовать себя важной частью системы, единой команды.

Индустриальная модель управления качеством медицинской помощи, взятая из опыта зарубежных стран, не нашла пока что должного отклика в отечественном здравоохранении. Важно понимание того, что перенос зарубежных систем обеспечения качества без учёта региональной специфики и отдельно взятого во внимание ЛПО не достигает цели. Ограниченное финансирование отечественного здравоохранения, дефицит кадров, отсутствие подготовки по вопросам управления качеством медицинской помощи у руководителей ЛПО, существующий антагонизм между администрацией ЛПО и медицинским персоналом – это только часть тех проблем, без устранения которых невозможен переход на инновационные технологии управления КМП.

8. «Donabedian model». Триада индикаторов Ав. Донабедиана

Задача удовлетворения потребности населения в высококачественной медицинской помощи требовала создания действенных механизмов оценки качества и эффективности медицинской помощи и внедрения их в практику здравоохранения.

Около полувека назад было сформулировано положение о том, что качество медицинской помощи следует рассматривать с позиции «структуры, процесса, результата».

В настоящее время для определения содержания и оценки качества медицинской помощи мировое признание получил

методологический подход, основанный на триаде, предложенной Ав. Донабедианом⁶. Он опубликовал основополагающие статьи по определению качества медицинской помощи, взаимоотношению процесса и результата, влиянию клинических решений на качество, статьи об эффективности программ качества и о взаимосвязи между качеством и стоимостью медицинских услуг.

«Donabedian model» – это концептуальная модель, разработанная Ав. Донабедианом в 1966 г. в Мичиганском университете, которая обеспечивает основу для изучения медицинских услуг и оценки КМП. Согласно данной модели, информация о качестве медицинской помощи может быть взята из **триады индикаторов**, представленной ниже.

Несмотря на то, что ВОЗ были разработаны и предложены «Рекомендуемая система обеспечения качества» и Бамакская инициатива, «Donabedian model» продолжает оставаться доминирующей парадигмой для оценки качества медицинской помощи.

В основе управления качеством Ав. Донабедиан определил органическую взаимосвязь структуры, процесса и результата:

I. Индикаторы качества структуры (ресурсов) / структурный подход к обеспечению и оценке МД.

К индикаторам качества структуры относятся:

- организационная структура;
- медицинские кадры и их квалификация;
- финансовые расходы;
- медицинская техника, её техническое состояние;
- лекарственное обеспечение;
- информационное обеспечение;
- транспорт;
- питание;
- инвентарь и т.п.;

II. Индикаторы качества технологии (процесса) / процессный подход к обеспечению и оценке МД – т.е. анализ конкретных действий, предпринимаемых в ходе оказания медицинской помощи.

К индикаторам качества технологии относятся:

- медицинская технология;
- диагностика;
- лечение;

⁶ **Донабедиан, Аведис** (англ. Donabedian, Av. (1919 – 2000)) – доктор медицинских наук, профессор. Посвятил всю свою жизнь теоретической разработке вопросов улучшения качества и изучения услуг здравоохранения. Теоретические положения модели Донабедиана представлены в классической работе «The Seven Pillars of Quality». Был избран пожизненным членом Международного общества по качеству здравоохранения. В 1999 г. был награждён медалью Американской ассоциации общественного здравоохранения.

- соблюдение стандартов МП;
- санитарно-эпидемиологическое благополучие;
- производство лекарственных средств и медицинской техники и др.;

III. Индикаторы качества результата / результативный подход к обеспечению и оценке МД – т.е. эффект оказания медицинской помощи на состояние здоровья конкретного пациента и общество в целом. Оценивается на постоянной и систематической основе.

К индикаторам качества результата относятся:

- доступность лечения;
- безопасность лечения;
- оптимальность лечения;
- исходы лечения;
- средняя длительность лечения;
- стоимость лечения;
- удовлетворённость пациента;
- профилактические мероприятия;
- динамика состояния здоровья конкретного пациента;
- результат лечения всех пациентов в ЛПО за отчётный период;
- состояние здоровья населения определённой территории и т.п.

Индикаторы качества ресурсов позволяют определить потенциальные возможности имеющихся ресурсов ЛПО для выполнения поставленных целей по оказанию медицинской помощи. Совершенная структура и оптимальный уровень её развития создают реальные возможности для соблюдения необходимой технологии, что обеспечит высокую вероятность наступления хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определённое качество диагностики, лечения и реабилитации.

Экспертиза показателей структуры проводится органами *лицензирования и аккредитации*. Целью экспертизы является комплексная оценка готовности медицинской организации к оказанию соответствующих видов медицинской помощи. Оцениваются материально-техническая база, кадровый состав, ресурсное обеспечение.

Индикаторы качества процесса в ЛПО характеризуют собственно медицинскую технологию (сущность профилактического, лечебно-диагностического, реабилитационного процесса) и организационную технологию (организация процесса управления ЛПО). Оценка медицинской технологии предусматривает подробное исследование экспертом действий врача и их оценку с учётом

современных принципов оказания медицинской помощи при конкретном заболевании, индивидуальных особенностей пациента и возможностей медицинской организации.

Качество процесса обеспечивается:

- *Структурно-организационными гарантиями* – реализуются посредством системы стандартов и лицензирования МД, а также аттестации, аккредитации, сертификации.
- *Системой медико-технологических гарантий* и условиями, при которых минимизируется возможность оказания некачественных услуг. Реализуется посредством ведения медицинской документации, качественного технологического процесса (лечение, диагностика, профилактика), проведения внутренней и внешней экспертиз, лабораторных исследований.
- *Результативностью* – диагностика возможных исходов лечения, предупреждение и устранение осложнений, удовлетворённость пациентов.

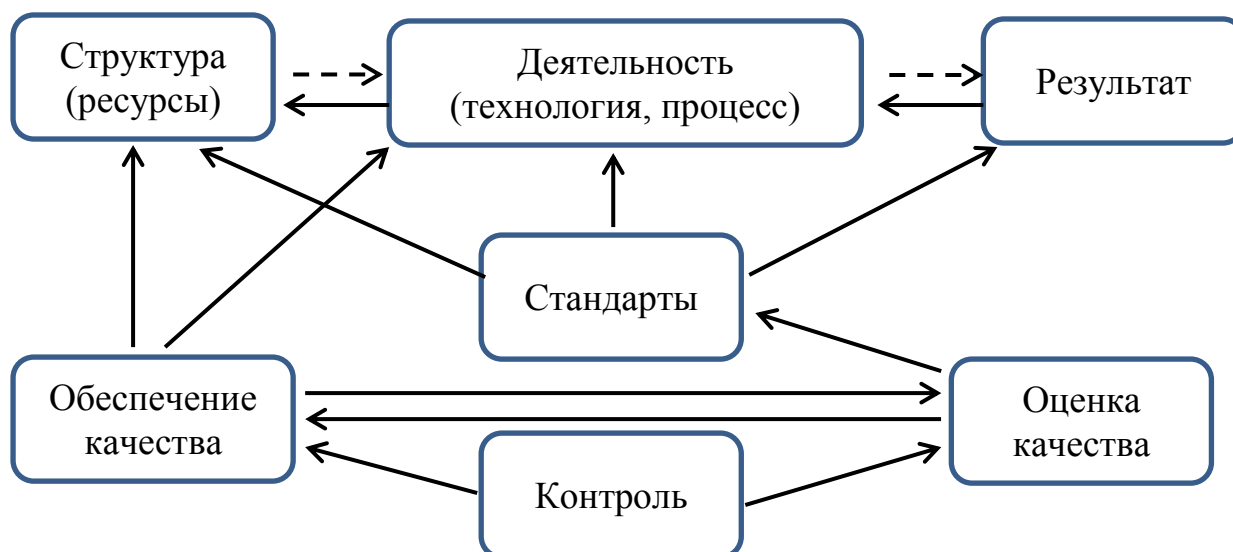
При обеспечении качества процесса и выборе стратегически приоритетных направлений развития в здравоохранении ориентируются на изучение и системный анализ общественного мнения, и результаты социологических опросов.

В широком смысле качество медицинской помощи включает в себя суммарный объём оценок – от качества диагностики, консультирования и лечения до качества обслуживания пациентов на паритетной основе. Это относится также и к качеству лабораторных анализов, диагностических исследований, постановки диагнозов, методов лечения и т.д., определяемому в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и документами.

Индикаторы качества результатов предполагают использование абсолютных и относительных показателей, характеризующих соотношение произведённых затрат и достигнутого результата.

Управлять результатом можно только модернизируя важнейшие технологические (профилактический, лечебно-диагностический, реабилитационный) процессы в ЛПО.

**Схема управления качеством медицинской помощи
(триада А. Донабедиана)**



9. Критерии качества медицинской помощи и факторы, влияющие на него (по Ю.П. Лисицыну)

<i>I. Субъективный критерий – удовлетворённость МП:</i>	
1. Удовлетворённость пациента (населения) медицинской помощью –	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие жалоб; • данные социологического опроса.
2. Удовлетворённость врача (коллектива работников ЛПО) своей работой	
3. Удовлетворённость руководства (главного врача, органов здравоохранения и др.)	
<i>II. Объективный критерий – здоровье человека (населения):</i>	
1. Одного пациента –	<ul style="list-style-type: none"> • состояние здоровья, группа здоровья; • исход заболевания (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть).
2. Группы пациентов –	<ul style="list-style-type: none"> • демографические показатели (рождаемость, смертность, детская смертность и т.д.); • распределение по группам; • заболеваемость, травматизм; • интенсивные показатели исходов заболеваний;

	<ul style="list-style-type: none"> • инвалидность.
III. Объективный критерий – качество МП:	
1. Своевременность –	<ul style="list-style-type: none"> • обращения; • доставки; • обследования; • консультации специалистов; • установления диагноза; • назначения лечения; • проведения лечения; • взятие под диспансерное наблюдение.
2. Квалификация персонала –	<ul style="list-style-type: none"> • полнота обследования; • правильность установленного диагноза; • правильность и полнота назначенного лечения; • правильность и полнота проведённого лечения; • ритмичность и систематичность диспансеризации; • правильность врачебно-трудовой экспертизы; • продолжительность лечения и временной нетрудоспособности.
3. Экономическая эффективность	<ul style="list-style-type: none"> • фактическая стоимость МП; • соотношение фактической стоимости и стандартной (идеальной); • разница между затратами на МП и выгодой от снижения заболеваемости или её предотвращения.
4. Деонтологические критерии –	<ul style="list-style-type: none"> • жалобы и критические замечания в адрес врача и других медицинских работников; • отношение пациента к врачу (уважение, признание его авторитета, стремление

	попасть к нему на приём); <ul style="list-style-type: none"> • отношение пациента к себе и своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятие спортом и др.); • отношение врача к пациенту, оценка личности пациента; • отношение врача к родственникам пациента (доверие, взаимопонимание и др.).
IV. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи:	
1. Общеэкономические факторы и состояние ЛПО.	
2. Факторы, зависящие от врача, медицинского персонала.	
3. Факторы, зависящие от пациента, условий и образа его жизни.	

Таким образом, в широком смысле качество медицинской помощи включает в себя суммарный объём оценок – от качества консультирования и лечения до качества обслуживания пациентов. Также это относится и к качеству лабораторных анализов, диагностических исследований, постановки диагнозов, методов лечения и т.д., определяемому в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и документами.



10. Система управления качеством медицинской помощи. Структура и основные компоненты управления. Подходы и принципы

Для реализации целей развития здравоохранения и укрепления национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан в Республике Беларусь воплощается в жизнь система управления качеством медицинской помощи. В современных условиях создание системы управления качеством медицинской помощи – это неотъемлемая составляющая обеспечения эффективности работы ЛПО. В соответствии с актуальными требованиями настоящего времени продолжается поиск наиболее действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи включает в себя *планирование, организацию, мотивацию и контроль над деятельностью системы здравоохранения в реализации потребностей населения в получении качественной медицинской помощи.*

В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью. Управление качеством медицинской помощи осуществляется во всех ЛПО.

Так как на процесс управления качеством медицинской помощи влияет много различных факторов, то для оценки эффективности процессов управления качеством в медицинской организации целесообразнее изучать не только результат оказания медицинской помощи, но и все процессы, которые ему предшествовали.

Структура системы управления качеством МП:

I. Управление качеством МП состоит из следующих видов деятельности (см. выше, п.3):

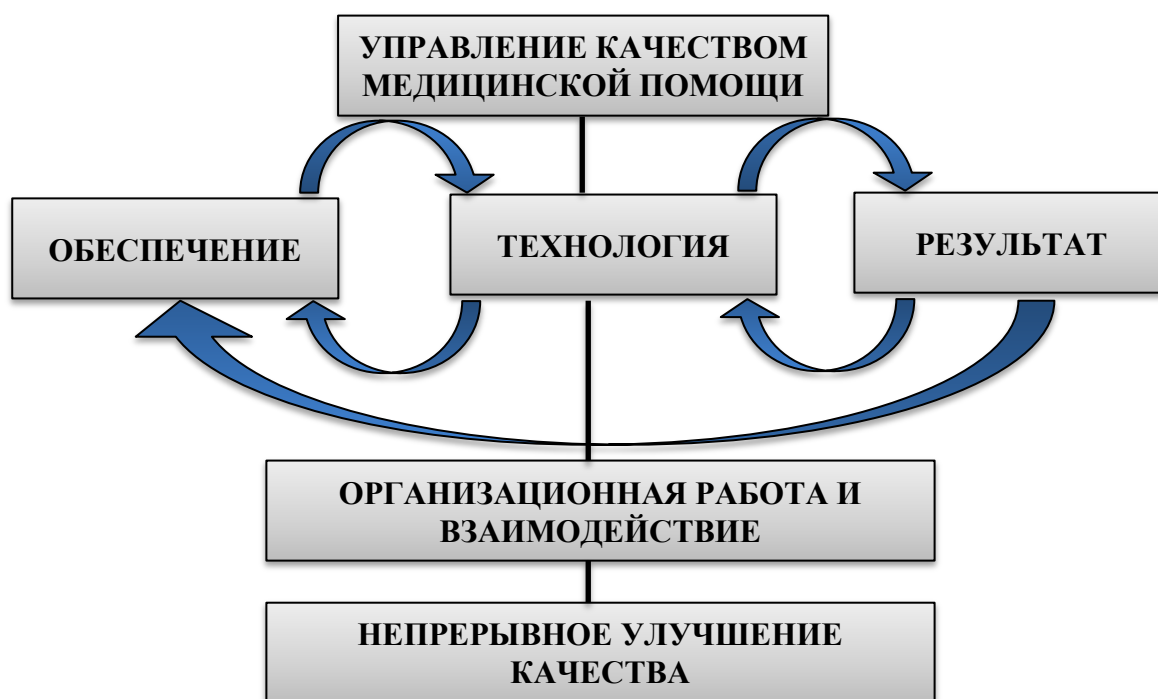
1. Дизайн качества МП.
2. Улучшение качества МП.
3. Контроль и корректировка системы качества МП.

II. Элементы системы контроля качества МП:

1. Участники (субъекты) контроля МП.
2. Механизмы контроля (последовательность действий) МП.
3. Средства контроля МП.

III. Контроль качества МП по составу участников контролирующих органов:

1. Контроль со стороны производителей медицинских услуг.
2. Контроль со стороны потребителей медицинских услуг.
3. Контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.



В рамках системы менеджмента качества и на основании смысловых характеристик и роли в процессе управления качеством можно выделить следующие **основные компоненты, составляющие систему управления качеством медицинской помощи**:

- Нормативные документы, приказы, положения, инструкции, стандарты (протоколы) диагностики и лечения, содержащие требования к технологии оказания медицинской помощи в различных типах ЛПО и конкретные результаты.
- Организация контроля качества медицинской помощи в ЛПО.
- Методы оценки качества и эффективности медицинской помощи.
- Анализ качества оказания медицинской помощи, разработка рекомендаций по повышению её качества и эффективности, предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе.
- Лицензирование специалистов и аккредитация ЛПО.
- Контроль реализации управленческих решений.

Качество можно и нужно оценивать через стандарты на результаты деятельности. На структуру и ресурсы можно воздействовать через стандарты для аккредитации. На технологии или процессы можно воздействовать также, применяя международные стандарты ISO и EBM,⁷ а также путём непрерывного обучения

⁷ **EBM** – (англ. Evidence Based Medicine – доказательная медицина; термин предложен в 1996 г. канадскими учёными Университета Мак-Мастера, г. Торонто) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических, лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, полученных в результате клинических исследований. В большинстве стран стали

медперсонала (в том числе принципам работы «в команде») и лицензированием врачей.

Цель управления качеством медицинской помощи – обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов с применением современных медицинских технологий.

Объект управления качеством медицинской помощи – медицинские работники, оказывающие помощь пациентам.

Предмет управления качеством медицинской помощи – комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых в соответствии с определённой медицинской технологией, обеспечивающей достижение конкретного результата наиболее рациональным путём.

Для каждого пациента врач должен оптимизировать лечебно-диагностический процесс, используя имеющиеся в наличии материальные ресурсы и унифицированные подходы к технологическим процессам оказания помощи с целью получения наилучшего результата.

В основу концепции управления качеством в здравоохранении должны быть положены следующие подходы и принципы:

1. Пациентоориентированный подход. Соответствие системы здравоохранения ожиданиям пациента (родственников пациента) и современному уровню развития науки и технологий. Важно качество обслуживания (милосердие, эмпатия, коммуникативные навыки медицинского работника, отработка маршрутов движения пациента и т.д.).

2. Системный подход. Объединение всех процессов в ЛПО, непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения при чётком разграничении функций на каждом этапе оказания медицинской помощи, направленность всей управленческой деятельности на обеспечение качества медицинской помощи. Чёткая организация этапности медицинской помощи. Организация взаимодействия с другими ЛПО в интересах пациента.

3. Структурный подход (структурное качество). Перераспределение важности задач, т.е. переход от оценки качества к обеспечению управления им при участии персонала медицинских подразделений всех уровней. Оценить – это не значит улучшить качество. Важно обеспечить должный уровень качества путём применения адекватной и безопасной для пациента технологии,

общепризнанными некоторыми правилами проведения клинических исследований, изложенными в стандарте **GCP** (Good Clinical Practice, «надлежащая клиническая практика») и др.

обеспечить медицинского работника необходимыми ресурсами (наличие / состояние оборудования и рациональность его использования; обеспечение лекарственными средствами, расходными материалами и пр.) и создать соответствующие условия работы.

Таким образом, структурное качество включает в себя материально-техническое обеспечение ЛПО, кадровое обеспечение (важна квалификация кадров), организацию работы, а также качество выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций конкретным медицинским работником (профессиональная пригодность).

4. Процессный подход (*качество технологий и ресурсов*).

Постоянное улучшение качества технологии и ресурсов. Поддержка медицинских технологий необходимым ресурсным обеспечением (кадровые, материально-технические, информационные ресурсы). В данном подходе важно создание таких условий, когда ошибка или случайное отклонение в реализации медицинской технологии не приводит к ухудшению результата при оказании медицинской помощи.

5. Результативный подход (*качество результата*) – это степень достижения планируемого результата (цели) в виде отношения фактически достигнутого результата к максимально возможному итогу с учётом развития современных (лечебно-диагностических, профилактических) технологий. В качестве планируемого результата могут рассматриваться, например, динамика состояния здоровья конкретного пациента, результаты лечения всех пациентов в ЛПО за отчётный год, анализ показателей повторной госпитализации, количество случаев внутрибольничных инфекций, младенческая смертность, смертность в стационаре и др.

6. Организационно-управленческий подход. Создание и закрепление в трудовых коллективах этико-деонтологической организационной культуры. Обучение руководителей и врачей работе в команде. Немаловажным является создание системы материального и морального стимулирования медицинских работников, их заинтересованности в высоком качестве результатов медицинского обслуживания населения.

Многие современные способы управления качеством нуждаются не только во внедрении какой-то определённой технологии, но и в трансформации мышления врачей и изменении стиля и методов их работы, – как руководителей, так и рядовых специалистов. При этом важно помнить, что врачу нужна самостоятельность в работе, т.е. свобода действий в лечении пациента.

11. Система обеспечения качества медицинской помощи. Способы обеспечения качества медицинской помощи

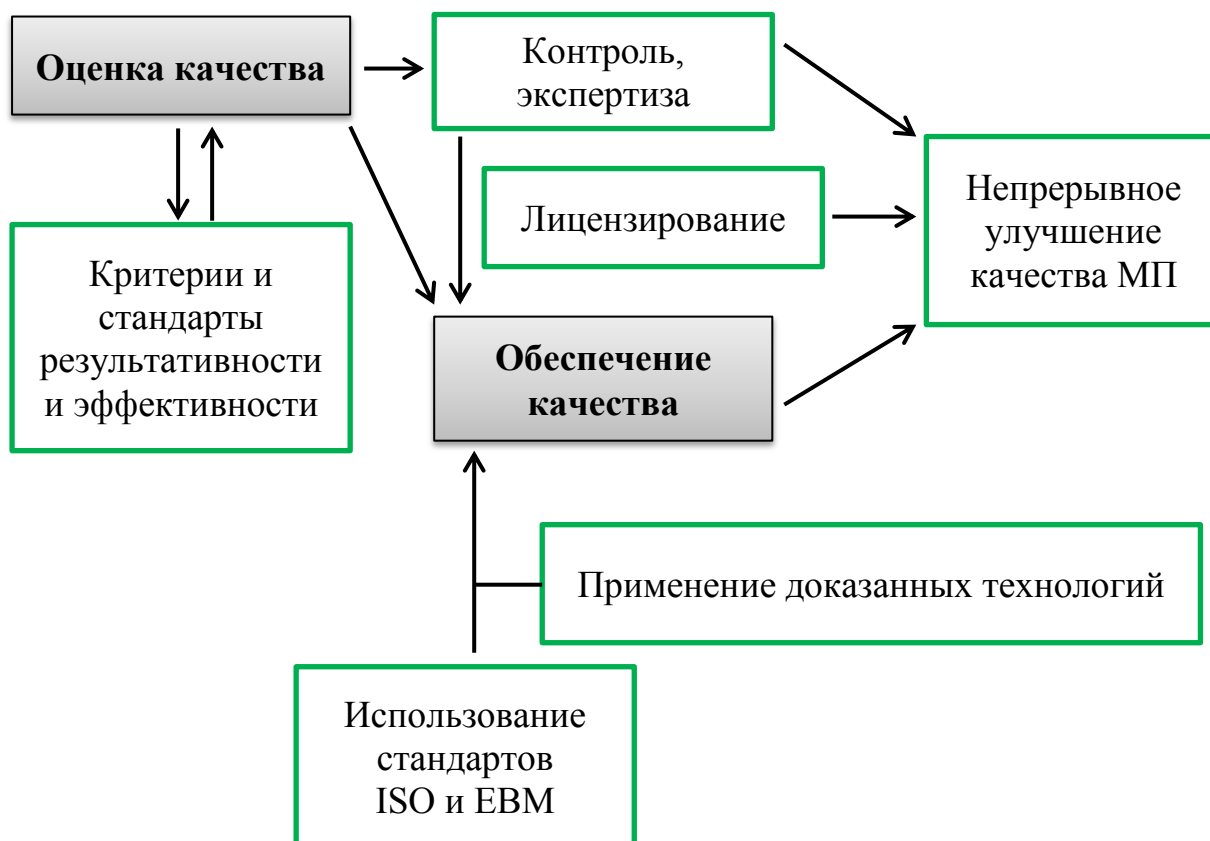
Управление качеством – это не оценка конечного результата, а создание специального технологического процесса по обеспечению определённых норм и требований.

Обеспечение качества предполагает проведение на всех уровнях взаимосвязанных мероприятий в области оптимизации использования ресурсов, внедрения современных технологий, оценки и анализа полученных результатов.

Обеспечение должного уровня качества – сложная задача, требующая выбора адекватных и безопасных для пациента технологий, создание необходимых по количеству и качеству условий работы и всех видов ресурсов.

Согласно определению Европейского регионального бюро ВОЗ, *качественной должна считаться только та медицинская помощь, которая соответствует стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворённости пациента (1992 г.).*

Качество медицинской помощи «рождается» в результате взаимодействия между врачом и пациентом, но в общем цикле медицинского процесса «включается» также экономика ЛПО и государства.



Процесс обеспечения качества носит непрерывный циклический характер. Прогрессивной и перспективной признана **методология непрерывного улучшения качества**, т.е. от оценки и контроля к обеспечению качества и его непрерывному улучшению.



В настоящее время для оценки качества используют следующие **основные методы**:

- **Индуктивный метод** базируется на ретроспективном анализе, в основе которого лежат предположения о механизме заболевания и знаниях, что данное лечение приведет к желаемому результату.
- **Дедуктивный метод** является альтернативным методом выбора способа оценки качества и основывается на доказательной медицине, т.е. на результатах статистических клинических исследований, проведенных на случайной выборке.
- **Системный анализ** – это метод научного исследования отдельных сторон, свойств и составных частей рассматриваемой системы.
- **Экспертный метод** – это метод организации работы со специалистами-экспертами и обработки мнений экспертов,

выраженных в количественной или качественной форме с целью подготовки информации для принятия решений.

- Для оценки планируемых результатов целесообразно использовать **комплексный метод**, который наиболее приемлем для управления качеством медицинской помощи. В основу его положен системный анализ технологии процесса, взаимодействия подразделений медицинской организации и корреляционной зависимости показателей их работы с учётом вклада в общий результат.

Любой результат должен быть измерим. Для этого применяются разработанные критерии и стандарты оценки качества.

Основные способы обеспечения качества МП основываются на следующем:

- **Стандартизация** – медицинские стандарты.
- **Контроль** – показатели деятельности ЛПО.
- **Экспертиза** – экспертная оценка.

11.1 Стандарты и стандартизация в здравоохранении. Стандарты качества медицинской помощи

Предложение обратить внимание на процесс и технологию в результате развития сферы массового производства стало причиной появления различных стандартов.

Стандарты затрагивают практически все сферы нашей жизни. Они лежат в основе технологий, от которых напрямую зависит качество услуг. Понятия «стандарт» и «качество» в литературе, начиная с 1930-х гг., очень часто стоят рядом. Уже тогда в смысл понятий «стандартизация» и «рационализация» вкладывали как основу – это «процесс непрерывных улучшений».

Стандарты способствуют повышению доверия потребителя (пациента), подразумевают безопасность и надёжность. Предполагается, что они основаны на опыте лучших практик и методов, позволяют получить максимальную пользу при минимальном расходе сил и материальных ресурсов.

Важнейшим компонентом единого процесса управления качеством медицинской помощи является **стандартизация**, при которой оценка качества строится на сопоставлении реальной ситуации с желаемой (оптимальной или идеальной).

Для проведения стандартизации применяются эталонные показатели качества – стандарты.

Стандарт (англ. standard) – 1) это образец, эталон, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними других подобных объектов (например, стандарт уровня жизни, «золотой стандарт», «мировой стандарт», стандарт ISO и т.д.); 2) это нормативный документ,

устанавливающий требования, правила и спецификации, направленные на особую цель.

Новые идеи, возникавшие в медицине в поисках путей повышения её эффективности, стали метафорически называть субъективно-оценочным термином *«золотой стандарт»*. Данный термин в мировой медицине нередко критикуется. В научной литературе иногда применяется более нейтральное понятие – *«критериальный стандарт»*. На сегодняшний день определены ***«золотые стандарты» в лечении и диагностике*** различных заболеваний. Под этим понимается следующее:

- *«Золотой стандарт» в медицине* – это оптимальное сочетание диагностических методов или терапевтических мероприятий, позволяющих достичь наилучших результатов в диагностике и лечении.
- *«Золотой стандарт» в диагностике* – комплексная программа диагностических обследований, позволяющих врачу сформировать целостное представление о состоянии здоровья пациента, а также выявить у него имеющиеся патологические состояния и выработать эффективную тактику и схему их лечения.

Например, в онкологии *«золотым стандартом»* диагностики считаются морфологические исследования; в диагностике заболеваний желудка и 12-перстной кишки – фиброгастроскопия; при ранних нарушениях функции сердечных камер – ультразвуковое исследование и т.п. Все остальные известные методы диагностики этих же заболеваний будут находиться с *«золотыми стандартами»* в определённом количественном соотношении.

В области доказательной медицины таким *«золотым стандартом»* называют рандомизированные контролируемые (проспективные) испытания с двойным / тройным *«слепым»* контролем (РКИ, I класс исследований).

Уже XX в. в практической деятельности организаций здравоохранения многих стран мира разрабатывались и широко применялись различные системы стандартизации и качества. Причём в основном это касалось экспертных систем (систем проверок). В общих чертах можно их свести к следующим подходам:

- *анализ отклонения от установленной «нормы»;*
- *многофакторный анализ деятельности ЛПО / отдельного врача;*
- *анализ структуры ЛПО / системы здравоохранения;*
- *анализ технологий ЛПО / системы здравоохранения;*
- *анализ результатов деятельности ЛПО / системы здравоохранения;*
- *анализ стоимости медицинских услуг;*
- *анализ опроса населения, врачей, медицинского персонала и пр.;*

- анализ деятельности ЛПО на основании скрининговых программ соответствия заданным критериям качества;
- комбинированный анализ деятельности ЛПО по программе, составленной из перечисленных выше методов.

Целью стандартизации в сфере здравоохранения является повышение качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решение задач сохранения и улучшения здоровья населения.

Стандартизация – основа повышения уровня качества МП.

Стандарт качества МП – это нормативно утверждённый и реально достижимый уровень медицинской помощи.

В европейской практике стандарты часто называют *модельными программами медицинского обслуживания, программами лечения* и т.д. Они включают в себя рекомендации по осуществлению мер, которые следует принимать различным категориям медицинских работников на разных уровнях. В Республике Беларусь подобные стандарты оформляются в виде **приказов Министерства здравоохранения, инструкций по применению**.

Объектом стандартизации в здравоохранении **не могут выступать** вид, объём и перечень медицинской помощи.

Разработка стандартов качества медицинской помощи требует обобщения статистических данных о случаях госпитализации и перечне предоставляемых услуг, оказываемых в ЛПО разного уровня и профиля.

Обработка и анализ собранной информации осуществляются разными методами. В условиях рыночной экономики значимым является **клинико-экономический анализ**, который представляет собой сравнение затрат при альтернативных методах лечебно-диагностической, реабилитационной и медикаментозной практики и выбор наилучшего варианта с точки зрения минимизации затрат без ущерба качеству. Это также должно соответствовать и принципу справедливости распределения медицинских услуг.

Более широким будет являться подход, показывающий не только эффект (минимум затрат), но и эффективность, т.е. сопоставление затрат с результатами.

Выбирая ту или иную схему лечения (в том числе медикаментозного), врач, по сути, является распорядителем финансовых средств, что повышает значимость его назначений не только с клинической, но и с экономической точки зрения. Следовательно, экономический подход требует осуществления контроля, как качества медицинских ресурсов и лекарственных средств, так и их рационального использования.

В мировой практике в сфере здравоохранения выделяют следующие **группы стандартов**:

1. *Стандарты на ресурсы здравоохранения* содержат перечень требований к квалификации медицинских работников; к оборудованию ЛПО; к используемым медикаментам и материалам, а также к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.д.

2. *Организационные стандарты* содержат требования к системе управления, организации лечебного процесса, информационному обеспечению медицинской помощи и т.д.

3. *Технологические стандарты* регламентируют процесс оказания медицинской помощи.

4. *Медико-экономические стандарты* определяют совокупность факторов, учитываемых например, в страховании, а также организация системы контроля за определением и динамикой цен на медицинские услуги. Данные стандарты в странах, где действует система обязательного медицинского страхования, позволяют сдерживать наращивание койко-дней у пролеченных пациентов, необоснованное назначение дорогостоящих диагностических методов, малоэффективных медикаментов, излишних лечебных процедур.

5. *Комплексные стандарты* – комплекс вышеперечисленных стандартов, всеобъемлюще регламентирующих деятельность определённой медицинской организации.

Стандартизация обеспечивает интегральное оптимальное качество и медико-социальную эффективность медицинской помощи, является гарантией неизменности её качества, совместимости, безопасности, эффективности.

При адаптации метода стандартизации к элементам регулируемой системы здравоохранения целесообразно выделить следующие **уровни**:

1. Уровень стандартизации медико-социальных проблем.

2. Уровень лицензирования определённых медицинских услуг.

3. Уровень аккредитации медицинской организации на соответствие стандартам оказания медико-профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

4. Уровень личностных (деонтологических) взаимоотношений: стандартизация личностных характеристик врача, личностно-поведенческих характеристик пациента, установление правил взаимодействия производителя и потребителя медицинских услуг, удовлетворённость пациента.

5. Экономический уровень стандартизации регулирует спрос на медицинские процедуры и услуги.

6. Технологический уровень стандартизирует такие элементы системы, как медицинская процедура, единица трудоёмкости врача и т.д.

7. Уровень результативности позволяет определить критерии эффективности и качества оказания медицинской помощи.

Таким образом, оценка качества и эффективности МП, основанная на сопоставлении фактически осуществлённых мероприятий и достигнутых результатов с установленными стандартами, является одной из важнейших функций управления здравоохранением на различных уровнях.

Стандарты устанавливают требования к качеству профилактики, диагностики, лечения заболеваний, оздоровления и реабилитации пациентов и инвалидов (по законченным случаям) в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Они гарантируют объём необходимых лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, усиливают ответственность медицинских работников перед пациентами, являются основой для оценки МП, оказанной каждому конкретному пациенту.

Заметим, что на сегодняшний день стандартизация лечения не является безупречной, так как не может предусмотреть все возможные ситуации, связанные с лечением каждого пациента. Более того, не для всех заболеваний разработаны стандарты лечения. К тому же, медицинская наука не стоит на месте, и принятые, казалось бы, ещё недавно, стандарты уже через несколько лет становятся устаревшими. При разработке стандартов могут быть разногласия со стороны разных школ, практикующих иную тактику лечения какого-либо заболевания.

Стандарты качества МП выступают как основа для оценки полноты и качества, оказываемых в здравоохранении услуг и способствуют объективному установлению:

- Правильности выбора медицинской тактики – т.е. характера и объёма лабораторных, функциональных исследований, методов лечения с учётом формы, течения и тяжести заболевания.
- Нормативов оснащения медицинской техникой и оборудованием.
- Стоимости медицинских услуг.
- Возможностей ЛПО по оказанию медицинской помощи в требуемом объёме и качестве.

11.1.1 Стандарт медицинской помощи (клинический протокол) – это нормативный документ, устанавливающий обязательные требования к технологическим процессам, осуществляемым в ходе профилактики, диагностики, лечения, реабилитации пациентов с различными заболеваниями, обеспечивающий возможность контроля объёма, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в ЛПО в рамках реализации государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью.

Клинические протоколы разрабатываются для:

- + выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации конкретного пациента,
- + проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию,
- + определения объёмов медицинской помощи при планировании,
- + расчёта необходимых затрат при оказании медицинской помощи,
- + проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи,
- + для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Методологической основой создания клинических протоколов является нозологический принцип. В качестве классификационной основы принята Международная классификация болезней (МКБ).

Для каждой нозологической формы заболевания в стандартах медицинской помощи указывается следующее:

1) Описание «типового» случая (общая характеристика и этапы лечено-диагностических мероприятий).

2) Вид медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, скорая) и условия применения стандарта (амбулаторные, стационарные, в условиях отделения дневного пребывания).

3) Типовые диагностические и лечебные схемы с указанием конкретных рекомендаций по использованию технических и медикаментозных средств:

- объём исследования при установлении диагноза (с указанием количества и частоты предоставления диагностических медицинских услуг),
- средняя длительность лечения (с указанием объёма и частоты предоставления лечебных медицинских услуг),
- перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз (фармакотерапия),
- перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и др.),
- перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления,
- перечень диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества и частоты его предоставления.

4) Реабилитационные и профилактические мероприятия.

5) Критерии эффективности лечения (ожидаемые результаты, исход лечения).

Клинические протоколы имеют цели, задачи, требования к качеству МП в зависимости от кадровых, материально-технических и иных ресурсных возможностей ЛПО.

Клинические протоколы в Республике Беларусь пересматриваются, дополняются и изменяются примерно 1 раз в 5 лет.

Концептуальное единство и координацию работ по стандартизации медицинских технологий в Республике Беларусь обеспечивает Экспертный Совет МЗ РБ.

Данные сроки могут быть скорректированы, например, при предложении в практику новых эффективных методов, лекарств, подходов лечения.

11.1.2 Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения в Республике Беларусь – это установленные органами государственной власти социальные нормы и нормативы, регламентирующие определённый уровень удовлетворения основных потребностей граждан в общедоступной и бесплатной медицинской и лекарственной помощи.

Основными объектами государственной социальной стандартизации являются минимальный размер оплаты труда (МРОТ), минимальный размер государственных пенсий, пособий, социальных выплат и т.д., набор льготных и общедоступных бесплатных социальных услуг и другие гарантии социальной защиты, оказываемые государственными учреждениями и финансируемые за счёт средств государственного бюджета.

Согласно **статье 9** Закона Республики Беларусь № 322-З от 11 ноября 1999 г. **«О государственных минимальных социальных стандартах»** к государственным минимальным социальным стандартам в области здравоохранения относятся:

- нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение на одного жителя;
- услуги по оказанию первичной, специализированной, высокотехнологичной и паллиативной медицинской помощи, медико-социальной помощи, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых государственными учреждениями здравоохранения по перечню и в порядке, установленным Правительством Республики Беларусь;
- нормы и нормативы материально-технического, лекарственного, кадрового обеспечения в государственных учреждениях здравоохранения;
- нормы питания, обеспечения специальной одеждой и обувью, мягким инвентарём в государственных учреждениях здравоохранения;

– нормы и нормативы льготного, в том числе бесплатного, обеспечения за счёт средств республиканского и (или) местных бюджетов лекарственными средствами, медицинскими изделиями, биомедицинскими клеточными продуктами и (или) зубопротезированием.

Реализация государственных минимальных социальных стандартов гарантируется государством.

В соответствии с Постановлениями Совета Министров Республики Беларусь № 724 от 30.05.2003 г. «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики» и № 802 от 09.11.2018 г. «О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724» определены нормативы обслуживания соответствующие перечню социальных стандартов по обслуживанию населения:

Наименование социального стандарта	Норматив обслуживания	Перечень документов, регулирующих предоставление стандарта, и основания для его установления
1. Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя в среднем по республике; среднереспубликанский областей и г. Минска; по каждой области и г. Минску	В размерах, установленных законом Республики Беларусь о бюджете Республики Беларусь на очередной финансовый год	Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение (без расходов на капитальное строительство) является минимальным и отражает размер бюджетных средств в расчёте на одного жителя, направляемых для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи, устанавливаемых законом Республики Беларусь о бюджете Республики Беларусь на очередной финансовый год
2. Норматив обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами (терапевтами и педиатрами суммарно):	1 врач на 1,3 тыс. жителей	Норматив обеспеченности участковыми врачами - терапевтами, участковыми врачами - педиатрами, врачами общей практики определяется показателем числа обслуживаемого населения в расчёте на одного участкового врача (терапевта и педиатра суммарно) и врача общей практики по занятым должностям
в том числе:		
участковыми врачами - терапевтами	1 врач на 1,7 тыс. взрослого населения	
участковыми врачами - педиатрами	1 врач на 0,8 тыс. детского населения	

врачами общей практики	1 врач на 1,3 тыс. взрослого и детского населения 1 врач на 1,5 тыс. взрослого населения	
3. Норматив обеспеченности:		
3.1. койками:	9 коек на 1 тыс. жителей	Норматив обеспеченности койками определяется показателем минимального количества коек в больничных организациях с круглосуточным пребыванием с учётом оказания стационарной помощи на республиканском уровне без учёта больниц сестринского ухода
в том числе г. Минск	8 коек на 1 тыс. жителей	
3.2. аптеками:		Норматив обеспеченности аптеками всех форм собственности определяется минимальным количеством аптек, осуществляющих розничную реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения в расчёте на количество обслуживаемого населения
для регионов	1 аптека на 8 тыс. жителей	
в том числе г. Минск	1 аптека на 11,5 тыс. жителей	

3.3. бригадами скорой медицинской помощи:		Норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи определяется количеством врачебных, фельдшерских и специализированных бригад скорой медицинской помощи (суммарно) в расчёте на количество обслуживаемого населения
для областей	2 бригады скорой медицинской помощи в районах с населением до 15 тыс. жителей	
	3 бригады скорой медицинской помощи в районах с населением от 15 до 35 тыс. жителей	
	в районах с населением свыше 35 тыс. жителей 3 бригады скорой медицинской помощи на 35 тыс. жителей и дополнительно 1 бригада скорой медицинской помощи на каждые 12 тыс. жителей сверх 35 тыс. жителей	
в том числе г. Минск	1 бригада скорой медицинской помощи на 12 тыс. жителей	

3.4. специальными автомобилями:		Норматив обеспеченности специальными автомобилями амбулаторий, больниц сестринского ухода и участковых больниц определяется наличием в каждой амбулатории, больнице сестринского ухода одного специального автомобиля «медицинская помощь», в участковой больнице с коечным фондом: 20 коек и менее – одного специального автомобиля «медицинская помощь»; более 20 коек – двух специальных автомобилей «медицинская помощь»
амбулаторий, больниц сестринского ухода	1 специальный автомобиль «медицинская помощь»	
участковых больниц с коечным фондом:		
20 коек и менее	1 специальный автомобиль «медицинская помощь»	
более 20 коек	2 специальных автомобиля «медицинская помощь»	

11.2 Контроль качества медицинской помощи

Современные концепции управления качеством медицинской помощи основываются на переходе от оценки (аудит, контроль, экспертиза, надзор) качества к его обеспечению и управлению (оценить – это не значит улучшить качество; см. выше п.10-11). Но это не принижает важности и необходимости функции оценивания.



Собранная по результатам оценки качества МП и обработанная система данных получает отражение в организационно-управленческих, медико-экономических решениях и нормативно-правовых документах, а также как научно обоснованная национальная стратегия развития качественных характеристик здравоохранения. Это позволяет повысить эффективность управленческих решений, уменьшить количество врачебных ошибок (дефектов лечения), улучшить течение заболеваний и сократить риск их осложнений.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА



Система обеспечения качества состоит из следующих *элементов контроля*:

1. Участники (субъекты) контроля.
2. Механизмы (последовательность действий) контроля.
3. Средства, с помощью которых осуществляется контроль.

11.2.1 Компоненты и виды контроля качества медицинской помощи

Включают в себя следующее:

I. Контроль структурного компонента КМП (качество структуры) – оценка состояния кадрового потенциала и материально-технических ресурсов.

- Оценка материально-технической базы ЛПО строится с учётом технической и материальной характеристики здания, площади на койку, наличия и состояния централизованного отопления, водоснабжения, канализации, характеристики транспорта, санитарно-эпидемического состояния и др. Техническое оснащение должно соответствовать профилю службы (отделения) и больницы в целом.
- Кадровый потенциал оценивается по профессиональному уровню врачей, среднего медицинского персонала, укомплектованности, усовершенствованию, деонтологическим показателям.

Оценка профессиональных качеств медицинских работников проводится посредством аттестации.

II. Контроль технологического компонента КМП (качество процесса) – экспертиза процесса оказания медицинской помощи – соблюдение медицинских технологий (в этом смысле качество отражает полноту и достаточность диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий).

- Одновременно изучается объём диагностических и лечебных возможностей медицинской организации (его услугоёмкость).

III. Контроль результата деятельности (качество результата) – оценка результатов деятельности ЛПО, отделения или службы по показателям результативности.

- Изучение удовлетворённости пациентов.
- Выявление причин, способствующих возникновению дефектов оказания МП.
- Подготовка рекомендаций для руководителей ЛПО и органов управления здравоохранением по предупреждению врачебных ошибок и повышению качества и эффективности МП.

В международной практике используют **3 основных вида контроля медицинской деятельности:**

1. Государственный надзор и контроль – проводится за соблюдением требований стандартов и правил сертификации продукции и медицинских услуг.

2. Профессиональный контроль – лицензионный порядок допуска к медицинской практике.

3. Общественный контроль объёма и качества медицинской помощи – призван защищать права пациентов и должен включать широкое участие представителей общественных организаций.

Оценивая качество и эффективность медицинской помощи необходимо опираться на две **группы факторов:**

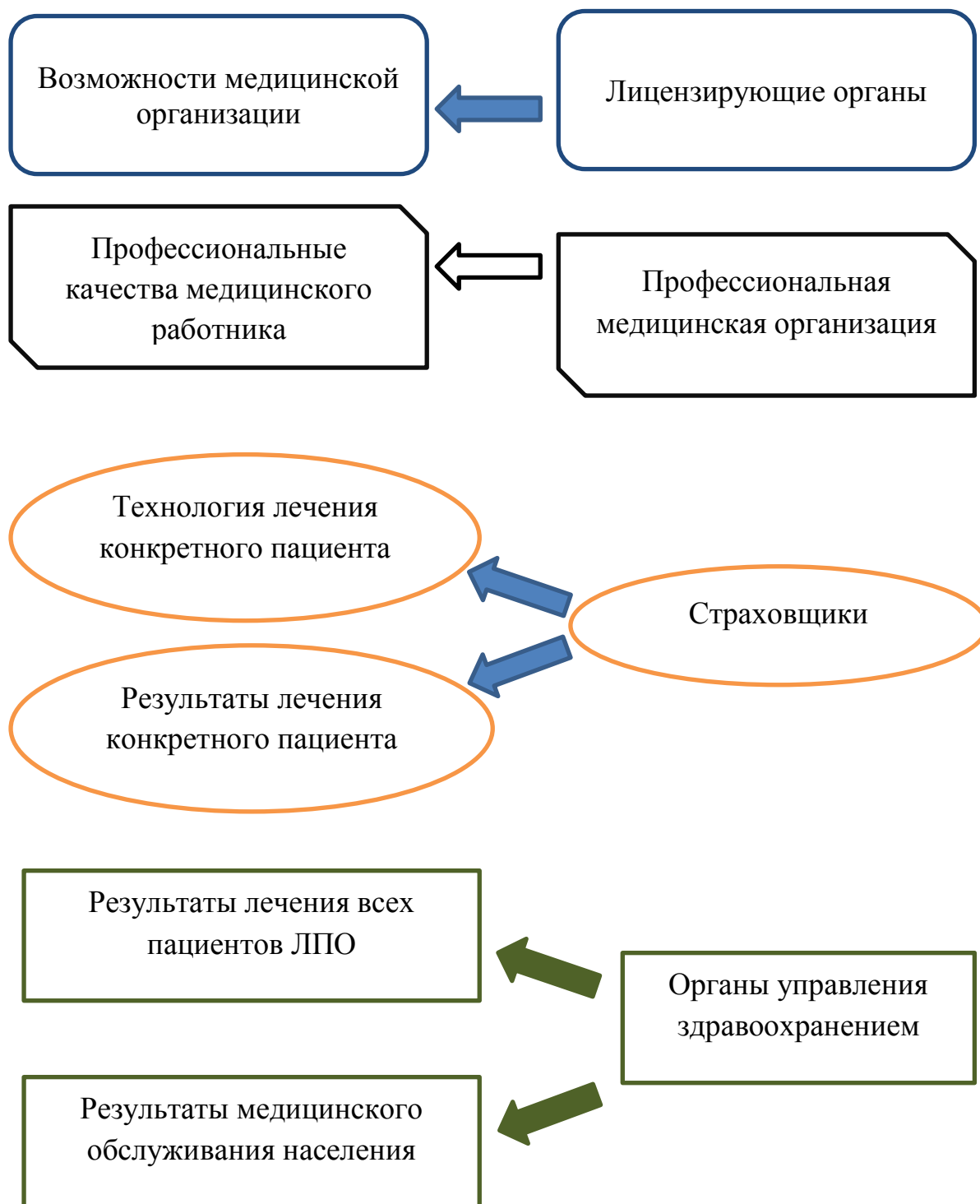
I. Это выбор медицинских и организационных технологий, обусловленных исходным состоянием основных производственных фондов ЛПО, обеспеченность кадровыми, финансовыми, материальными, интеллектуальными ресурсами и уровнем менеджмента.

II. Это адекватность медицинских и организационных технологий, их соблюдение, что в первую очередь зависит от профессионального уровня врачей и медицинских работников, включающего квалификацию, моральные принципы, призвание, деонтологические установки и т.п.

К **участникам (субъектам) контроля** качества медицинской помощи относятся:

- медицинские организации;
- органы управления здравоохранением;
- государственные учреждения высшего медицинского образования;
- республиканские научно-практические центры (РНПЦ);
- органы санитарно-эпидемиологической службы;
- профессиональные медицинские ассоциации;
- лицензирующие органы;
- общественные объединения потребителей;
- страховые медицинские организации;
- государственная инспекция по охране труда;
- пациенты и др.

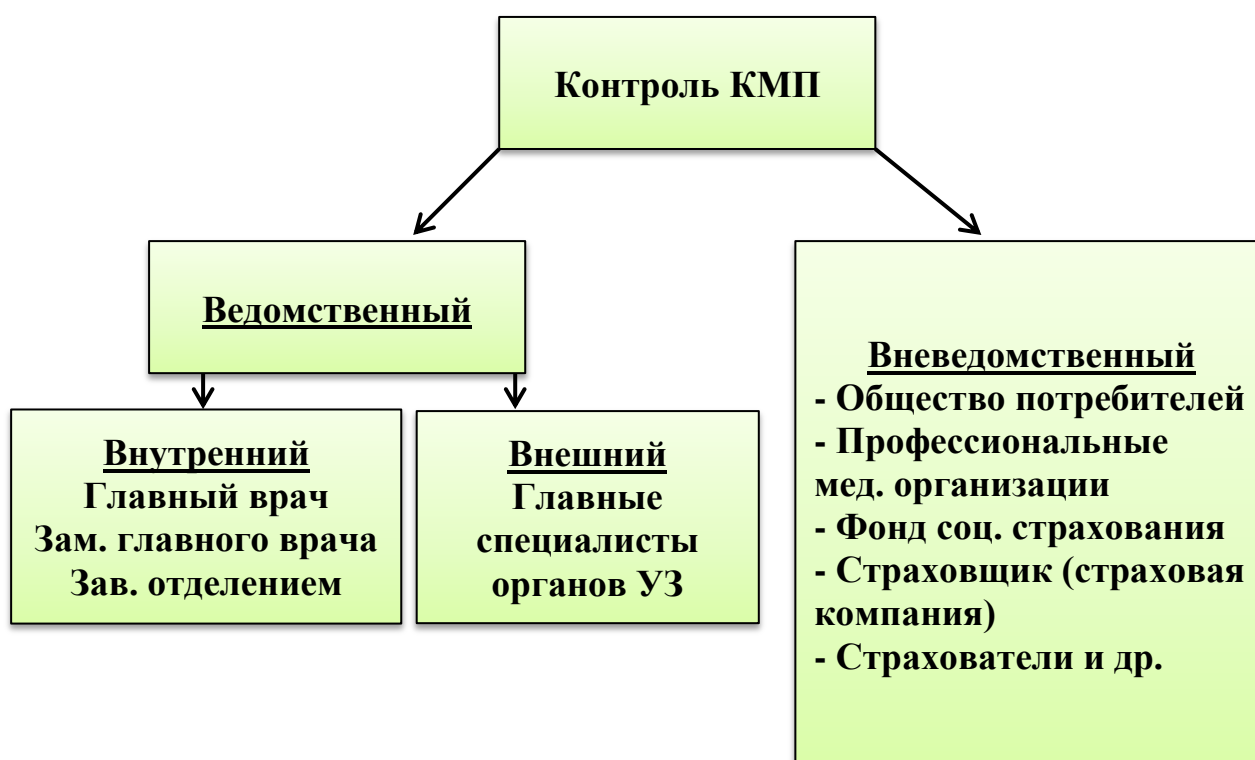
ПОЛНОМОЧИЯ УЧАСТНИКОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Участники (субъекты) контроля разделяются и осуществляют **ведомственный** (медицинские организации и органы управления здравоохранением) и **вневедомственный** звенья контроля качества МП (все иные организации и органы управления).

Во многом качество услуг и их доступность зависят от эффективного взаимодействия ведомственного и вневедомственного

контроля качества. Прежде всего, важным является разбор проблемных и типичных клинических ситуаций и принятие соответствующих организационно-экономических и управленческих решений.



11.2.2 Аудит, ревизия, мониторинг качества медицинской помощи

В системе обеспечения качества можно выделить важные составляющие при контроле – проведение аудита, ревизии и мониторинга качества МП.

I. Аудит (аудиторская проверка) – это компонент анализа и оценки деятельности; механизм контроля.

Аудит не является отождествлением контрольной проверки, ревизии или внутреннего контроля. Аудит – это понятие более широкое, подразумевающее всестороннюю проверку деятельности организации или определённого физического лица. Но основной его задачей является выявление нарушений и ошибок и оказание помощи по их устранению. Разрабатываются рекомендации, позволяющие оптимизировать рабочий процесс.

Как правило, аудит является независимой оценкой, проводится регулярно, планируется, направлен на улучшение качества работы, повышение квалификации сотрудников, близок к понятию «внутреннего контроля».

Проведение аудиторской проверки позволяет свести к минимуму возможные риски. В её осуществлении заинтересован в первую очередь сам руководитель.

В большинстве случаев, при аудиторской проверке осуществляется изучение правильности оформления, составления и ведения документной отчётности.

Аудитор в итоге должен представить заключение и отчёт относительно проверенной информации с рекомендациями и предложениями по уменьшению рисков.

Обязательные принципы аудиторской проверки – независимость, доброжелательность, равноправие, ответственность, достоверность.

При проведении аудита необходимо предпринимать последовательные шаги (**аудиторский цикл**):

Шаг 1 – установка стандартов,

Шаг 2 – обзор наблюдений,

Шаг 3 – сравнение со стандартами,

Шаг 4 – реализация изменений.

Виды аудиторских проверок:

1) Обязательный – регулируется установленными нормативно-правовыми актами.

2) Внешний – проходит с привлечением сторонних специалистов для получения максимально объективного результата; преимущество – полная незаинтересованность контролирующих лиц.

3) Внутренний – призван обеспечить защиту интересов и соответствующий уровень надёжности, а также минимизировать возможные риски в процессе деятельности организации посредством осуществления контроля над тем, как сотрудниками соблюдаются стандарты профессиональной деятельности.

4) Инициативный – осуществляется по собственной инициативе и желанию руководства.

Медицинский аудит – процедура оценки медицинских услуг, при которой избранные сведения из медицинских карт пациентов сводятся в таблицы, отражающие такие данные, как: средняя длительность пребывания в стационаре или продолжительность лечения случая, длительность пребывания в реанимации, повторное оперативное вмешательство, частота диагностических и терапевтических процедур и исходы лечения и др., сгруппированные в диагностические категории.

Первоначально определяют основу проведения исследования: доля карт, планируемая для проведения аудита, частота и порядок выемки документации, метод рандомизации для обеспечения репрезентативности выборки.

Отобранные карты амбулаторного / стационарного пациента направляются врачам-экспертам. Для снижения субъективного фактора может быть реализована перекрёстная проверка. Врачи-эксперты устанавливают и выявляют дефекты и ошибки, определяют условия их

возникновения и возможные причины. По итогам аудита заполняется протокол, который будет направлен в отдел экспертизы.

Такой анализ первичной медицинской документации имеет два существенных «минуса» – высокие требования к экспертам, которые проводят аудит, и затратность данного метода (специалист должен иметь клиническую и административную подготовку).

В медицинский аудит входит:

1. Оценка соответствия ежедневной клинической практики установленным стандартам.

2. Измерение результатов деятельности медицинскими и функциональными показателями.

3. Введение изменений, которые будут способствовать получению лучших результатов в клинической практике.

II. Ревизия (от лат. revisio – «пересмотр») – обязательные контрольные действия по проверке законности, целесообразности и эффективности совершенных операций организацией, а также законности и правильности действий должностных лиц.

Осуществляется контролирующими органами государственного управления (например, органы финансового контроля и др.).

Ревизоры имеют бóльшие полномочия, нежели аудиторы. Они имеют право:

- проверять любую документацию и отчётность;
- проверять наличие финансов и материальных ценностей организации;
- проверять хозяйственную деятельность;
- опечатывать помещения;
- привлекать к проверке других экспертов.

Ревизия бывает:

- *документальной* (проверка документации, в первую очередь первичной, а не только отчётов и смет; клинико-экономический анализ);
- *фактической* (проверка документации, финансов, материальных ценностей; инвентаризация; экспертная оценка фактического объёма и качества выполненных работ и оказанных услуг; проверка соблюдения трудовой дисциплины);
 - ❖ *полной* (сплошной);
 - ❖ *выборочной* (частичной);
- *плановой* (предусмотрена планом работы организации; проверяемое лицо или организация знает о будущей проверке и ожидает её);

- *внеплановой* (неожиданной; проводится в связи с поступлением жалоб и заявлений граждан, требующих неотлагательной проверки);
- *комплексной* (осуществляется совместно несколькими контролирующими органами).

Результаты ревизии оформляются актом ревизии (справкой проверки), который подписывается ревизующим и уполномоченными на то должностными лицами проверяемых объектов и представляется органу государственного контроля, назначившему ревизию.

Каждый факт выявленного нарушения должен быть всесторонне проверен и отражён в акте ревизии полностью – с указанием времени совершения определённого действия или операции, стоимостной оценки нарушений, их причины, а также фамилии и должности виновных лиц.

Проведение ревизионной работы завершается принятием необходимых управленческих решения по акту ревизии и контролем их исполнения.

III. Мониторинг – это непрерывная во времени деятельность по наблюдению за состоянием определённых объектов (например, пациентов) с целью оценки и формированием прогноза изменения их состояния.

Система мониторинга представляет собой хорошую информационную систему для администрации ЛПО. Кроме того, мониторинг КМП позволяет получить экономию материальных ресурсов и повысить эффективность оказания медицинской помощи.

Система мониторинга в здравоохранении, как правило, включает в себя следующее:

1. Непрерывная оценка КМП случаев законченного лечения (ежемесячно по всем отделениям) по таким двум основным компонентам, как достижение результата и правильное соблюдение медицинских технологий. Метод выборки документации – «слепой».

2. Выявление дефектов и ошибок, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи.

3. Изучение удовлетворённости пациентов оказываемой медицинской помощью методом анонимного анкетирования.

4. Расчёт и анализ показателей, характеризующих деятельность стационара.

5. Принятие руководством эффективных управленческих решений на выявленные дефекты.

6. Оценка состояния и использования кадровых и материальных ресурсов ЛПО.

7. Анализ всех случаев летальных исходов.

8. Анализ всех случаев внутрибольничного инфицирования и осложнений.

9. Анализ всех случаев первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста.

10. Анализ всех случаев повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца.

11. Анализ случаев заболеваний со значительными отклонениями от стандартов.

12. Анализ всех случаев незапланированных возвратов в операционную и так называемые диагностические операции и др.

В ЛПО должна быть налажена система мониторинга и выявления дефектов и ошибок. Система анализа включает в себя исследование причин и разработку мер противодействия дефектам. Координирующая система должна обеспечивать эффективную коммуникацию, которая позволяет передавать информацию, накопленный опыт, методы борьбы с дефектами и ошибками и их последствиями между отделениями, органами управления здравоохранения различного уровня.

К системе мониторинга дефектов относятся: *регистрация инцидентов* (incident reporting); *регистрация клинических происшествий* (occurrence reporting); *скрининг клинических происшествий* (occurrence screening).

Методы анализа информации по дефектам включают: *оценку риска* (risk assessment); *анализ причин* (root cause analysis); *анализ существенных событий* (significant event analysis); *дерево решения инцидентов* (incident decision tree)⁸.

Нужно помнить, что важным источником информации при мониторинге являются сами пациенты, сообщающие о тех или иных дефектах. Пациенты относятся терпимее к ошибкам, если им приносят извинения быстро, полно и сочувственно!

11.2.3 «Семь инструментов контроля качества»⁹

С древнейших времён контроль сводился к анализу брака путём сплошной проверки. Этот метод трудоёмкий, длительный и затратный – контролирующий аппарат в несколько раз превышает производящий. В больших организациях с массовым производством и оказанием услуг от метода сплошного контроля перешли к выборочному с применением статистических методов обработки результатов.

⁸ Приведено по: Briner M., Manser T., Kessler O. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers // Journal of Evaluation in Clinical Practice. – 2012. – URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01836>.

⁹ Подробнее см.: Барабанова, О.А. Семь инструментов контроля качества / О.А. Барабанова, В.А. Васильев, С.А. Одинокое. – М. : ИЦ «МАТИ» – РГТУ им. Циолковского, 2001. – 88 с.

Контроль качества, как правило, осуществляется путём сравнения запланированного показателя качества с действительным его значением. Проверяя показатели, можно обнаружить отклонения от запланированного. При обнаружении отклонения важно выявить его причину, провести корректировку процесса и вновь проверить соответствие показателей качества их запланированным значениям. Данный цикл является непрерывным и, благодаря применению указанных инструментов, позволяет осуществлять эффективное управление и обеспечение качества.

Для аналитического изучения проблем качества, оперативного выявления ошибок и их устранения с минимальными потерями японские менеджеры из множества методик выбрали семь. Следующие математико-статистические инструменты наиболее полно, просто, наглядно и эффективно позволяют анализировать качество:

1. Контрольный листок.
2. Причинно-следственная диаграмма Исикавы.
3. Анализ Парето.
4. Гистограмма.
5. Стратификация.
6. Диаграмма разброса (рассеивания).
7. Контрольная карта.

Данные методы возможно применять комплексно, как систему методов, а также в качестве отдельных инструментов. Известный японский специалист в области качества профессор К. Исикава считал, что 95 % проблем можно выявить с их помощью. Последовательность применения методов может быть различной, в зависимости от поставленных целей и задач.

Контрольный листок (листок наблюдений) – это инструмент для сбора данных и их автоматического упорядочения для облегчения дальнейшего использования собранной информации.

Контрольный листок, как правило, представляет собой бумажный бланк с перечнем контролируемых параметров, на котором можно легко и точно записать данные измерений. Он может быть в виде таблицы, перечня, чек-листа и т.д. В нём должна быть адресная часть, где указывается название, измеряемые параметры, режим работы и другие данные, представляющие интерес для анализа, а также дата заполнения, подпись лица, заполнявшего листок или выполнявшего расчёты.

Контрольный листок позволяет осуществлять сбор и регистрацию данных непосредственно с рабочих мест с помощью пометок или простых символов, что позволяет их впоследствии автоматически упорядочить без переписывания.

Преимущество контрольных листов – это возможность их использования сотрудниками, не работающими с компьютером. Они

также снижают вероятность когнитивных искажений (т.наз. «эффект ореола», или «гало-эффект») и (или) эмоционального воздействия (т.е. тенденцию оценщика видеть то, что он хочет видеть). Таблицы в контрольных листках должны быть максимально полными, но лаконичными. Критерии оценки должны быть понятными, подтверждаемыми, измеряемыми, надёжными и сопоставляемыми.

«Минусы» применения контрольных листов очевидны: возможность подмены данных, длительность и сложность переноса данных с бумажных носителей в электронную форму, неудобство хранения, длительный срок доставки отчёта руководителю и др.

Если данные для анализа извлекаются из баз данных, то контрольные листки не нужны, а сведения сразу преобразуются в гистограмму, диаграмму Парето или рассеивания.

Причинно-следственная диаграмма (диаграмма Исикавы, или диаграмма «рыбьей кости», или диаграмма анализа корневых причин) – инструмент, который позволяет выявить наиболее существенные факторы (причины), влияющие на конечный результат (следствие) и поддаются управлению.

При управлении качеством нельзя просто поставить задачу и требовать её безусловного выполнения. Необходимо понять смысл и рычаги управления процессом, овладеть им и создать в рамках этого процесса способы выпуска продукции более высокого качества, постановки более перспективных задач и достижения необходимых результатов. Чтобы облегчить этот процесс, Каору Исикава¹⁰ предложил особую диаграмму.

Количество причинных факторов бесконечно. В любой работе и любом процессе можно выделить десятки причинных факторов, но наиболее важных среди них не так и много. По факту требуется стандартизировать 2-3 наиболее важных фактора и управлять ими, но сначала нужно эти главные причинные факторы выявить. Диаграмма Исикавы позволяет сделать это.

Для составления причинно-следственной диаграммы необходимо подобрать максимальное число факторов, имеющих отношение к характеристике, которая вышла за пределы допустимых значений. При этом для исследования причин явления необходимо привлекать и третьих лиц (например, пациентов в здравоохранении), не имеющих непосредственного отношения к работе, так как у них может оказаться

¹⁰ **Каору Исикава** – (1915–1989) – профессор Токийского университета, специалист в области управления качеством. Диаграмма причинно-следственных связей была предложена им в 1952 г., как дополнение к существующим методикам логического анализа (см. Исикава К. Японские методы управления качеством. – М. : Экономика, 1988. – 215 с. (англ. What Is Total Quality Control?: The Japanese Way, 1985)).

неожиданный подход к выявлению и анализу причин, которого могут не заметить лица, привычные к данной рабочей обстановке.

Диаграмма представляет собой график, напоминающий скелет рыбы (см. схему ниже). Проблема обозначается основной стрелкой (*q*). Факторы, которые усугубляют проблему, отражают стрелками, покосившимися к основной вправо, а те, которые нейтрализуют проблему – с наклоном влево (**1-й уровень – главные (коренные) причины / факторы исследуемого влияния на результат – *a, b, c, d***). При углублении уровня анализа к стрелкам факторов могут быть добавлены стрелки влияющих на них факторов второго порядка и т.д. (**2-й уровень – углублённые (детализирующие) причины / факторы исследуемого влияния на результат**). Среди факторов 2-го уровня также есть те, которые усиливают действие 1-го уровня (*e, f, g, h, i, l, m, o, p*), так и те, что его ослабляют (*k, n*).

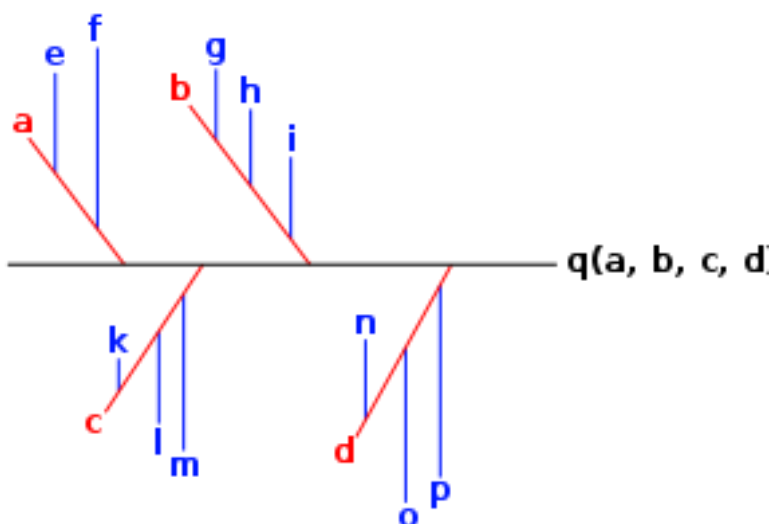


Рис. Пример диаграммы причинно-следственных связей, на которой отображены 2 уровня «костей»

Далее углубляют разделение обнаруженных факторов по их возрастающей специфичности до тех пор, пока ветви проблемы подвергаются дополнительному разделу (при этом нужно выявлять истинные причины, а не симптомы). Необходимо иметь от 3 до 6 основных категорий, которые охватывают все возможные влияния. Фактически максимальная глубина такого дерева достигает 4-5 уровней.

Для построения диаграммы Исикавы необходимо:

1. Выявление и сбор всех факторов и причин, влияющих на исследуемый результат (для этого эффективен метод стимулирования генерации творческих идей, известный как **«мозговой штурм»**). Типичным применением такого метода является выполнение рисунка диаграммы на доске руководителем команды, который первым определяет основные проблемы и просит о помощи у группы

сотрудников с целью определения основных причин, которые схематично обозначены на основной «кости» диаграммы, и их детализации. Группа предоставляет предложения пока, в конечном счёте, не будет заполнена вся причинно-следственная диаграмма. После завершения обсуждения решают, что является наиболее вероятной корневой причиной проблемы.

2. Группировка и систематизация факторов по смысловым и причинно-следственным блокам. В классическом варианте факторы (причины) группируются по категориям по принципу «5М» (см. схему ниже):

1. *Man* (человек) – причины, связанные с человеческим фактором.
2. *Machines* (машины, оборудование) – причины, связанные с оборудованием.
3. *Materials* (материалы) – причины, связанные с материалами.
4. *Methods* (методы, технология) – причины, связанные с организацией.
5. *Measurements* (измерения) – причины, связанные с методами измерения.

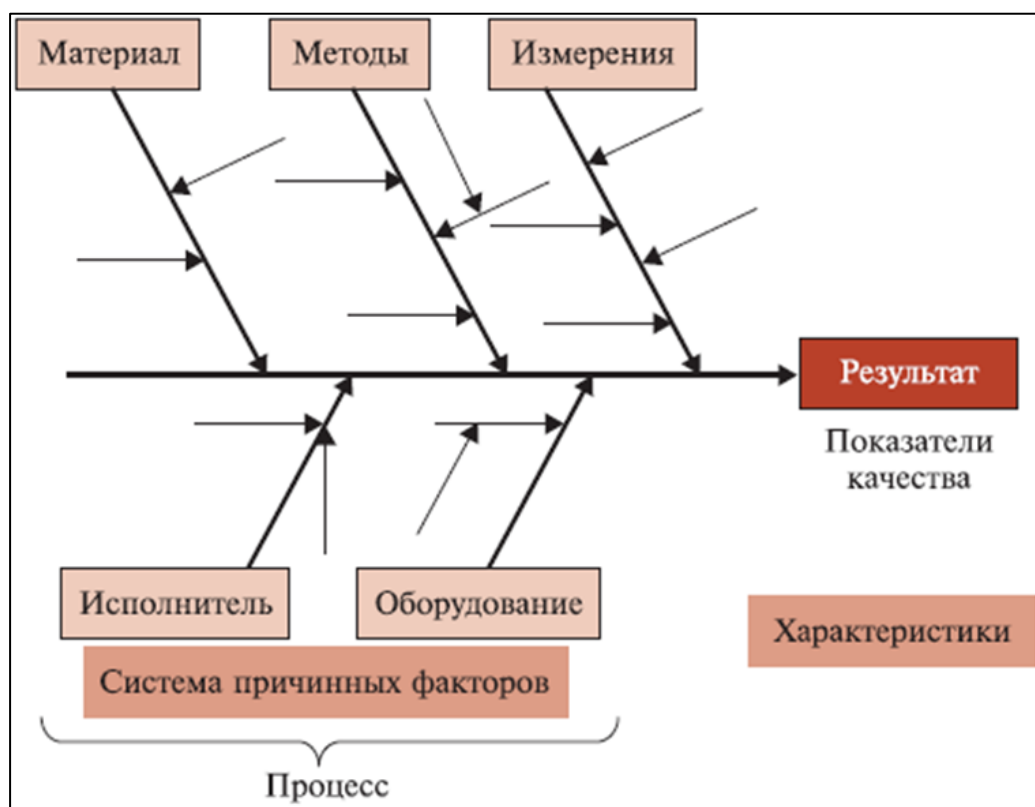


Рис. Причинно-следственная диаграмма (шаблон)

3. Ранжирование и оценка факторов внутри каждого блока.

4. Анализ картины.

5. Выявление и отсечение факторов и причин, повлиять на которые невозможно.

6. Игнорирование малозначимых и непринципиальных факторов.

Таким образом, данный инструмент позволяет рассмотреть проблему наиболее объективно и постепенно раскрыть всю цепь причинно-следственных связей и найти те факторы, которые нужно будет скорректировать, чтобы добиться решения проблемы и получить требуемый результат.

Среди недостатков этого подхода отметим, что составленная, в конечном счёте, диаграмма может выразиться в очень сложной схеме и не иметь чёткой структуры, что значительно затруднит объективный анализ и исключит возможность сделать максимально правильные выводы.

Анализ Парето¹¹ – инструмент, позволяющий объективно представить и выявить основные факторы, влияющие на исследуемую проблему и распределить усилия для её решения.

Теоретическая суть принципа Парето (принцип 20/80) – небольшая доля причин, вкладываемых средств или прилагаемых усилий, отвечает за большую долю результатов, получаемой продукции или заработанного вознаграждения (20% усилий дают 80% результата, а остальные 80% усилий – лишь 20% результата). Исходя из этого, отметим, что нужно учитывать следующее:

- значимых факторов немного, единичные действия приводят к важным результатам;
- большая часть усилий не даёт желаемых результатов;
- большинство удачных событий обусловлено действием небольшого числа высокопроизводительных сил; большинство неприятностей связано с действием небольшого числа деструктивных сил;
- всегда имеются скрытые факторы и т.п.

Анализ Парето иллюстрируется диаграммой (*кривая Парето*). Различают два вида диаграмм Парето: **по результатам деятельности** и **по причинам**. Диаграмма Парето по результатам деятельности предназначена для выявления основной проблемы, которая вызывает нежелательные результаты деятельности. Диаграмма Парето по причинам показывает причины возникающих проблем и используется для выявления главной.

После постановки цели, определения методов сбора данных и выполнения необходимых наблюдений, проводится построение диаграммы. По оси абсцисс выставляются причины возникновения проблем качества (*т.е. вид дефекта*) в порядке убывания их влияния на число несоответствий (*т.е. объём дефектов*) в виде столбчатого

¹¹ **Парето, Вильфредо Федерико Дамасо** – (1848–1923) – итальянский инженер, экономист и социолог.

графика. По оси ординат число несоответствий и накопленная доля (%) вклада в итоговое число несоответствий. Высота столбиков соответствует количеству или доле каждого вида дефектов.

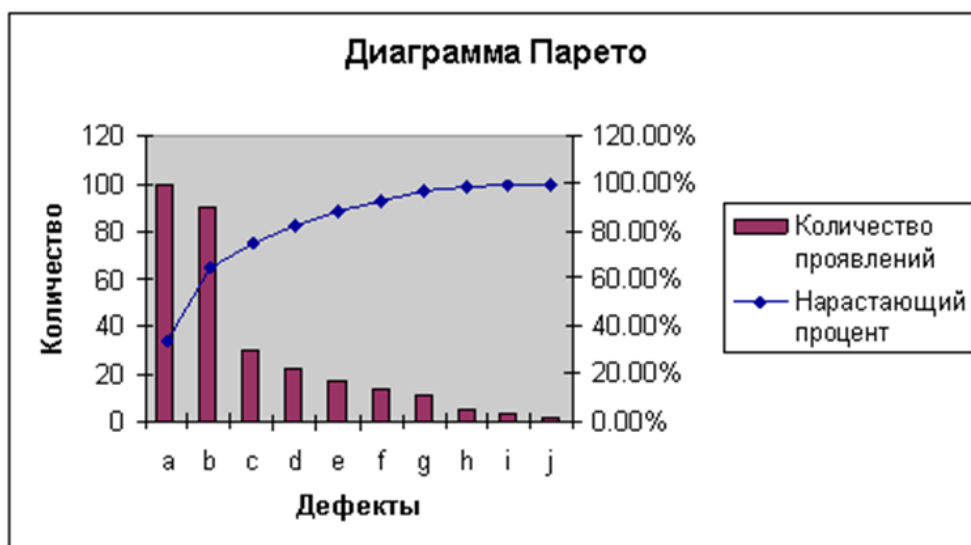


Рис. Диаграмма Парето, отображающая наиболее часто встречающиеся виды дефектов (количество – объём дефектов; a, b, c, d, e, f, g, h, i, j – вид дефекта)

Для анализа дефектов с точки зрения оценки их важности или опасности, или затрат на устранение дефектов строится диаграмма Парето, которая отражает потери, вызываемые различными видами дефектов (коэффициенты, характеризующие значимость (вес) дефекта получают на основе экономических расчётов, в некоторых случаях – с помощью метода экспертных оценок). В данном случае на диаграмме ось абсцисс будет отражать вид дефекта, а ось ординат – долю потерь.

Диаграмма Парето оказывается наиболее эффективной, если число факторов, размещаемых по оси абсцисс, составляет не более 7-10. В первую очередь следует работать с причинами, вызывающими наибольшее количество проблем. Если обнаруживается фактор, в отношении которого легко провести улучшение, то его следует проводить, не обращая внимания на его место в порядке расположения факторов в диаграмме.

Диаграмму Парето целесообразно применять вместе с причинно-следственной диаграммой.

После проведения выработанных на основе анализа мероприятий обычно проводится повторный анализ с целью оценки эффективности принятых мер.

Гистограмма – инструмент, позволяющий зрительно оценить распределение статистических данных, сгруппированных по частоте попадания определённый (заранее заданный) интервал.

При измерении различных параметров (характеристики качества) получают ряд данных, представляющих собой неупорядоченную

последовательность значений параметра, на основе которых невозможно сделать корректные выводы. Поэтому для осмысления данных часто строят гистограмму.

Гистограмма – это столбиковая диаграмма, служащая для графического представления имеющейся количественной информации, собранная за длительный период времени (неделя, месяц, год и т.д.), которая даёт важную информацию для оценки проблемы и нахождения способов её решения. Гистограмма применяется главным образом для анализа значений измеряемых параметров.

В классическом варианте гистограмма используется для определения проблем при помощи анализа формы разброса значений, центрального значения, его близости к номиналу, характера рассеивания.

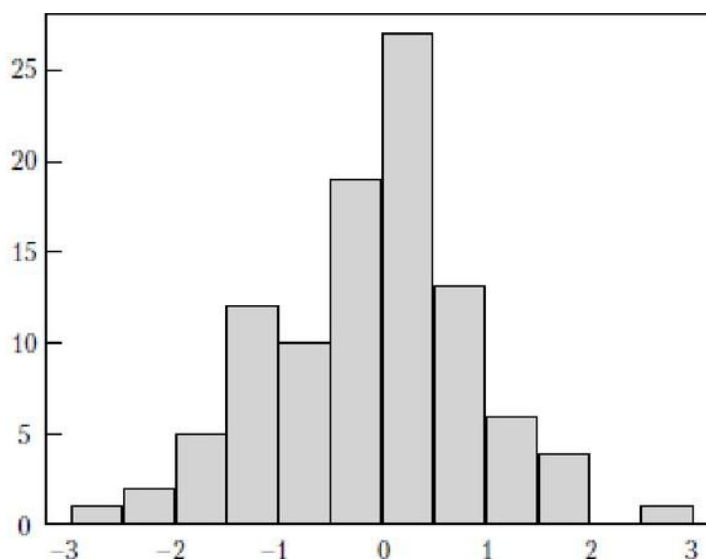


Рис. Пример гистограммы

Общий порядок построения гистограмм следующий:

1. Собираются данные контролируемого параметра (X_i) за определённый период.

2. Определяются наибольшее X_{\max} и наименьшее X_{\min} значения из всех полученных данных и вычисляется размах R :

$$R = X_{\max} - X_{\min}$$

Размах характеризует разброс контролируемой величины, определяет ширину гистограммы.

3. Полученный диапазон (размах) делится на несколько интервалов. Число интервалов k зависит от общего числа собранных данных n и некоторых других факторов. Можно использовать формулу:

$$k = \sqrt{n} \pm 2$$

4. Далее определяют ширину интервала:

$$R / k = (X_{\max} - X_{\min}) / k$$

Все полученные данные распределяют по интервалам. Подсчитывается число значений, попавших в каждый интервал.

5. Для каждого интервала подсчитывается относительная частота попадания в него данных.

6. По полученным данным строится столбиковая диаграмма (гистограмма). Множество значений, которое может принимать элемент выборки, разбивается графически на несколько интервалов. Высота столбиков соответствует частоте или относительной частоте попадания данных в каждый из интервалов.

Если все интервалы были одинаковыми, то высота каждого столбика пропорциональна числу элементов выборки, попадающих в соответствующий интервал. Если интервалы разные, то высота прямоугольника выбирается таким образом, чтобы его площадь была пропорциональна числу элементов выборки, которые попали в этот интервал.

Стратификация (расслоение) – статистический метод, позволяющий произвести селекцию (расслоение) однородных данных в соответствии с различными факторами (режим работы, день недели и т.п.). Метод расслоения используется при применении следующих статистических методов: гистограмма, диаграмма Парето, причинно-следственная диаграмма Исикавы, контрольные карты.

Проводится группировка данных в зависимости от условий их получения и производится обработка каждой группы данных в отдельности.

Пример применения метода стратификации. Если провести группировку по таким факторам, как: 1 – тип дефекта, 2 – отделение, 3 – день недели, 4 – время дня, то, допустим, в результате анализа выявляется, что терапевтическое отделение больницы N. допускает больше дефектов типа «X», а хирургическое отделение больницы N. допускает больше дефектов типа «Y». При этом причина этих различий ещё не найдена окончательно и проблема не решена. Причина различий между отделениями может быть скрыта в уровне подготовки, используемом оборудовании, условиях работы и т.д. Поиск причин не завершён, но он стал более целенаправленным. Из перечня причин исключаются те, где практически нет различий, и анализируются те, различия в которых выявлены. Если расслоения не наблюдается необходимо провести более глубокий анализ данных.

Диаграмма разброса (диаграмма рассеивания, или точечная диаграмма, или поле корреляции) – инструмент, позволяющий определить вид и тесноту связи (корреляционной зависимости) двух рассматриваемых параметров процесса (переменных), изображённых в виде точек на декартовой плоскости.

Диаграмма рассеивания представляет собой график, получаемый путём нанесения в определённом масштабе экспериментальных, полученных в результате наблюдений точек. Координаты точек соответствуют значениям рассматриваемой величины и влияющего на него фактора. Расположение точек на графике показывает наличие и характер связи между случайными величинами. Таким образом, диаграмма рассеивания даёт возможность выдвинуть гипотезу о наличии или отсутствии корреляционной связи между двумя случайными величинами, которые могут относиться к характеристике качества и влияющему на неё фактору либо к двум различным характеристикам качества, либо к двум факторам, влияющим на одну характеристику качества.

По полученным экспериментальным точкам могут быть определены и числовые характеристики связи между рассматриваемыми случайными величинами – коэффициент корреляции и коэффициенты регрессии.

Построение диаграммы разброса выполняется в следующей последовательности:

1. Определяется, между какими величинами необходимо установить наличие и характер связи. Желательно не менее 30 пар данных, так как в противном случае результаты анализа недостаточно достоверны.

2. Готовится бланк для сбора данных (графы – порядковый номер наблюдения; значение одной из рассматриваемых величин, той, от которой, как предполагается, зависит другая (аргумент, независимая переменная X); значение зависимой случайной величины (функция или отклик, зависимая переменная Y).

Чтобы исключить возможность получения ложной корреляции, необходимо, чтобы в процессе наблюдений остальные факторы, которые могут оказывать влияние на рассматриваемую функцию, оставались по возможности неизменными. Если же этого нельзя сделать, как чаще всего и бывает, то следует добиться того, чтобы изменения других факторов были не согласованы с изменениями рассматриваемого фактора. Следует вести наблюдения за остальными влияющими факторами и регистрировать их в листке наблюдений.

3. Проводятся наблюдения и заполняется листок регистрации данных (листок наблюдений).

4. По полученным данным строится график в координатах X - Y .

5. Каждую пару данных необходимо отметить на координатной плоскости точкой.

6. Делаются необходимые обозначения: название диаграммы; интервал времени; число пар данных; названия и единицы измерения для каждой оси; данные о составителе диаграммы.

При наличии корреляционной зависимости можно осуществить контроль только одной (любой) из двух характеристик. Также диаграмма разброса даёт представление о том, каким изменениям будет подвержен один из параметров при определённых изменениях другого.

При отсутствии корреляции необходимо продолжить поиск факторов, коррелирующих с Y , исключив из этого поиска фактор X .

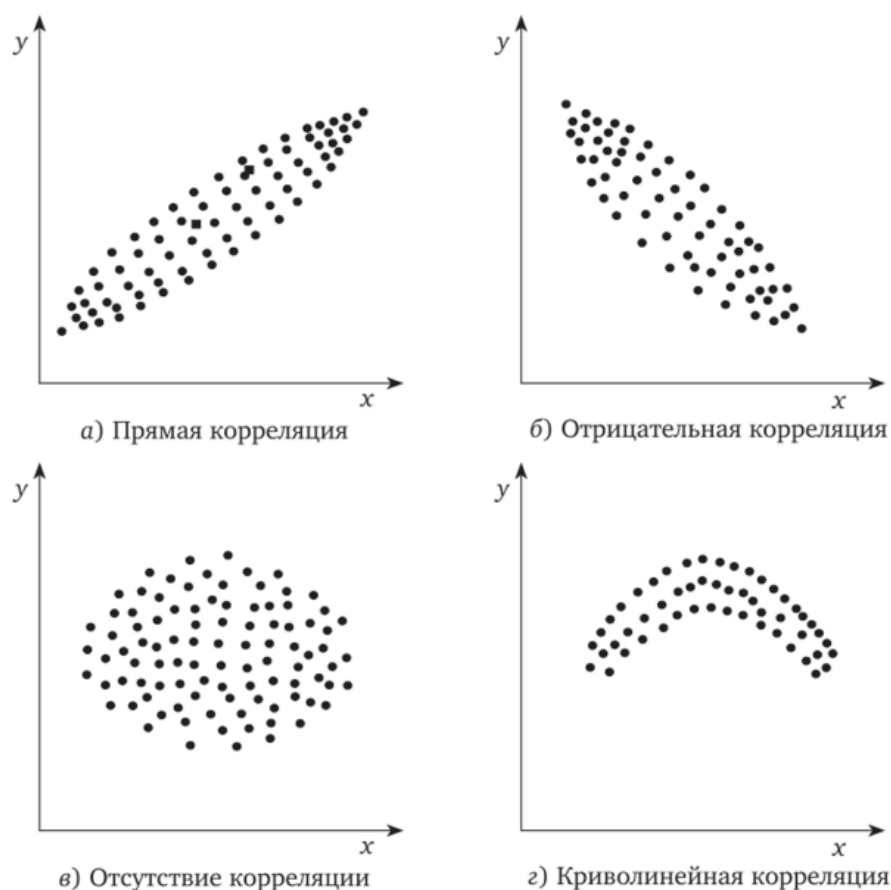


Рис. Диаграммы разброса (рассеивания)

Контрольная карта (карта Шухарта¹²) – визуальный инструмент, позволяющий отслеживать ход протекания процесса во времени и воздействовать на него (с помощью соответствующей обратной связи), предупреждая его отклонения от предъявленных к процессу требований. Как правило, при анализе процессов метод контрольных карт используется совместно с гистограммами и методом стратификации данных.

Контрольная карта используется для обеспечения статистического контроля стабильности процесса. Своевременное выявление

¹² **Шухарт, Уолтер Эндрю** – (1891–1967) – американский учёный и консультант по теории управления качеством. В 1924 г. предложил ввести контрольные карты с целью снижения вариабельности процессов путём исключения отклонений, вызванных несистемными причинами. За выдающиеся достижения в области контроля качества учёным вручается медаль имени Шухарта.

нестабильности позволяет получить управляемый процесс. Выявление точек выхода процесса из стабильного состояния позволяет в последующем установить причины появившегося отклонения и их устранить.

Существует два типа контрольных карт: один предназначен для контроля параметров качества, представляющих собой *непрерывные случайные величины*, значения которых являются количественными данными параметра качества (значения размеров, масса, электрические и механические параметры и т.п.), а второй – для контроля параметров качества, представляющих собой *дискретные (альтернативные) случайные величины* и значения, которые являются качественными данными (годен – не годен, соответствует – не соответствует и т.п.).

На график наносятся точки, соответствующие отдельным данным, линия средних значений (**CL** – центральная линия (среднее значение или медиана по некоторому объёму данных)), верхняя (**UCL**) и нижняя (**LCL**) контрольные границы. В стабильном состоянии выходы процесса лежат в определённом коридоре – зоне системной вариабельности процесса. Если точки лежат в пределах контрольных границ, реагировать на отклонения от средней линии не нужно. Если хотя бы одна точка вышла за контрольные границы, требуется провести анализ возможных причин отклонения.

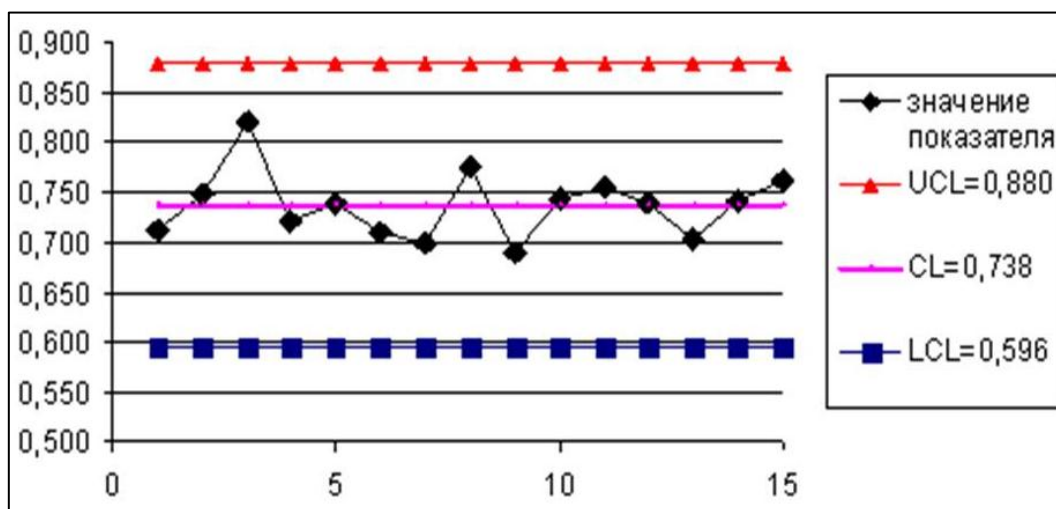


Рис. Контрольная карта Шухарта (карта средних значений)

Выход из контролируемого состояния определяется по контрольной карте на основании следующих критериев:

- Выход точек за контрольные пределы.
- Серия – это проявление такого состояния, когда точки неизменно оказываются по одну сторону от средней линии (7 или более точек подряд).

- Тренд (дрейф). Если точки образуют непрерывно повышающуюся или понижающуюся кривую, говорят, что имеет место тренд (более 6 точек монотонно возрастают или убывают).
- Приближение к контрольным «зонам» пределам.
- Приближение к центральной линии.

Одним из важных этапов при составлении контрольных карт является определение **контрольных границ** (границ регулирования) системной вариативности процесса. Контрольные границы представляют собой коридор, внутри которого лежат значения при стабильном состоянии процесса.

Контрольные границы рассчитываются по формулам, жёстко привязанным к типу карты. Для определения контрольных границ необходимо собрать большое количество данных, характеризующих состояние процесса, и на их основе рассчитать контрольные нормативы.

Контрольные карты позволяют спрогнозировать поведение процесса в будущем на основе прошлых данных о процессе¹³.

11.3 Экспертная оценка качества медицинской помощи

Экспертиза – (от лат. expertus – «опытный», «сведущий») – это исследование какого-либо объекта, проводимое компетентным лицом (экспертом), основанное на специальных (профессиональных) знаниях, с применением особых методов, имеющее целью получение нового знания об объекте, которое оформляется в виде мотивированного заключения.

Цель любого специального экспертного исследования заключается не в простой констатации установленных экспертом новых фактов объективной реальности, а в их профессиональной оценке.

Экспертиза качества МП в Республике Беларусь осуществляется на основании нормативно-правовых актов, регулирующих медицинскую деятельность, и медицинской документации по организации. Цель экспертной оценки качества медицинской помощи – выявить недостатки (дефекты) в лечебно-диагностическом процессе и дать им объективную оценку. Далее на основе выявленных недостатков разрабатываются научно-обоснованные медико-экспертные критерии оценки качества оказания медицинской помощи пациентам, а также система организационных мероприятий, направленных на устранение

¹³ Подробнее о контрольных картах см. в книге: Уилер Дональд, Чамберс Дэвид. Статистическое управление процессами : Оптимизация бизнеса с использованием контрольных карт Шухарта = Understanding Statistical Process Control. – М. : «Альпина Паблишер», 2009. – 310 с.

причин, предупреждение их повторения, клонирования и тем самым для повышения качества МП.

В зависимости от тяжести противоправных действий и степени нарушений качества МП, если они доказаны, может наступить юридическая ответственность медицинского персонала.

Одним из критериев противоправных действий медицинского работника будет рассматриваться несоблюдение стандартов лечения. Если имелось определённое отступление от общепринятых стандартов лечения и наступил неблагоприятный исход, то необходима экспертная оценка качества МП.

Факт взаимодействия медицинского персонала и пациента, а также наличие у пациента вреда здоровью вследствие этого воздействия (прямого или косвенного) является поводом для возбуждения гражданского или уголовного дела.

Заключение экспертизы основывается на изучении следующих источников информации: первичной медицинской документации; результатах клинического анализа неблагоприятных исходов (летальный исход непосредственно в процессе лечения в ЛПО или в очевидной временной связи с ним; ухудшение состояния здоровья пациента во время госпитализации / амбулаторного лечения или в очевидной временной связи с ним и др.); результатах ведомственной проверки качества оказания МП.

Выводы экспертизы должны быть обоснованы нормативными правовыми актами и научной литературой.

При этом нужно помнить, что лечебный процесс сложный, имеет много составляющих факторов и не всегда заканчивается для пациента благоприятно. Эффективное здравоохранение обеспечивает оптимальную, а не максимальную МП.

Для коллегиального обсуждения и систематического контроля за качеством оказываемой пациентам медицинской помощи организуют **Экспертный совет** ЛПО. Председателем Экспертного совета является главный врач медицинской организации или заместитель главного врача. В состав Экспертного совета могут входить заместители главного врача по направлениям деятельности, заведующие отделениями и подразделениями, начальник планово-экономического отдела или главный экономист, главный бухгалтер, начальник отдела кадров, главная медсестра и др.

Цель Экспертного совета:

- Формирование системы управления качеством (т.е. обеспечение необходимого объёма и надлежащего качества МП на основе оптимального использования кадровых, материально-технических и иных ресурсов, применение современных медицинских

технологий, распределение финансовых средств на стимулирующую часть оплаты труда за качество работы и др.).

Задачи Экспертного совета:

- Оценка правильности и своевременности диагностики, обоснованности лечения, качества ведения медицинской документации.
- Оценка конечных результатов деятельности специалистов и структурных подразделений (отделений) ЛПО.
- Выявление дефектов в преемственности между ФАПом, врачебной амбулаторией, участковой больницей, ЦРБ, городскими больницами, поликлиниками, СМП с анализом допущенных ошибок.
- Взаимодействие с субъектами вневедомственного контроля.

Решение Экспертный совет выносит коллегиально и реализует приказом главного врача. Оценку качества лечебно-диагностического процесса проводят методом экспертизы карт стационарного пациента с последующим обсуждением результатов. Экспертному контролю обязательно подлежат:

- факты внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- факты повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- факты заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения;
- жалобы пациентов или их родственников.

Экспертную оценку качества МП обеспечивает статистический **метод случайной выборки**. Эксперт во время проведения оценки качества лечебно-диагностического процесса отмечает полноту и своевременность диагностических мероприятий; адекватность выбора и совмещения лечебных мероприятий; правильность и точность постановки диагноза; выявляет дефекты и устанавливает причины; готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

Подробнее об экспертной оценке качества и ступенях контроля качества МП в Республике Беларусь см. ниже.

12. Лицензирование, сертификация и аккредитация как инструменты обеспечения качества медицинской помощи

1. Лицензия – (от лат. licentia «право») –

1) это специальное (государственное) разрешение на право осуществления определённого вида деятельности;

2) это официальный документ, разрешающий осуществление указанного в нём вида деятельности в течение установленного срока.

Лицензирование – процесс выдачи лицензии.

В лицензии определяются условия осуществления деятельности. Разрешение выдаётся уполномоченными государственными органами. В случаях, когда лицензируемый вид деятельности осуществляется на нескольких территориально обособленных объектах, лицензиату одновременно с лицензией выдаются её заверенные копии с указанием местоположения каждого объекта.

Лицензия – это показатель соответствия возможности и адекватности выполнения функций и видов деятельности уровню ресурсно-профессионального обеспечения (персонал, материально-техническое оснащение, финансирование). Во многих странах мира предусмотрено лицензирование врачебной деятельности. Лицензия выдаётся и продлевается профессиональной врачебной организацией. Как правило, лицензия должна выдаваться врачу без привязки к какой-либо конкретной медицинской организации (т.к. деятельность осуществляет не здание, оснащение и др., а люди). Лицензирование врачебной деятельности стимулирует врачей к систематическому усовершенствованию знаний.

Законодательная основа лицензирования врачей определяет:

- Критерии, порядок и периодичность лицензирования.
- Необходимое образование.
- Лицензионный орган.
- Требования к врачам, проходящим лицензирование, в т.ч. получивших квалификацию за пределами данной страны.

В разных странах лицензию нужно подтверждать в срок от 1 до 5 лет, лучше всего через 3 года, так как именно за этот период обновляется медицинская информация.

Для подтверждения лицензии врач должен:

- 1) Доказать, что он владеет всей информацией по проблеме и знает о новых, доказанных и разрешённых клинических методах, а также применяет их на практике.
- 2) Иметь сертификат специалиста, подтверждающий его обучение на курсах усовершенствования, сертификаты участия в профессиональных мероприятиях.
- 3) Предоставить документ об образовании и справку о физическом и психическом здоровье.

Во многих государствах при наличии лицензии аттестации на получение категории не требуется.

В Республике Беларусь лицензирование медицинской, фармацевтической деятельности согласно части первой статьи 12 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь о лицензировании.

Согласно Положению о лицензировании отдельных видов деятельности, утверждённого Указом Президента Республики Беларусь от 1 сентября 2010 г. № 450 лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляет Министерство здравоохранения.

Максимальный срок действия лицензии – 5 лет. По окончании срока возможно её продление по заявлению лицензиата.

Право на изменение, дополнение, приостановление, возобновление, аннулирование лицензии на проведение медицинской и фармацевтической деятельности и контроль за её осуществлением на территории Беларуси реализует Министерство здравоохранения РБ.

В соответствии с частью второй пункта 320 Положения о лицензировании отдельных видов деятельности, утверждённого Указом Президента Республики Беларусь от 1 сентября 2010 г. № 450 «О лицензировании отдельных видов деятельности», Совет Министров Республики Беларусь от 12 марта 2011 г. № 309 утвердил перечень процедур (исследований, манипуляций), относящихся к работам и услугам, составляющим лицензируемую медицинскую деятельность (см. Приложение 3–4).

В Республике Беларусь определён перечень медицинской деятельности, осуществляемой только государственными организациями здравоохранения:

1. патологоанатомическое исследование
2. изъятие, заготовка и хранение органов и тканей
3. организация донорства крови, заготовка, переработка, хранение крови, её компонентов и препаратов
4. экспертиза нарушения жизнедеятельности
5. военно-врачебная экспертиза
6. психиатрическая экспертиза
7. медицинское освидетельствование на профессиональную пригодность
8. медицинское освидетельствование состояния здоровья водителей
9. наркологическая экспертиза.

Министерство здравоохранения уполномочено проводить плановые и иные проверки лицензиата.

II. Как правило, в практике производства участвуют две стороны: производитель и потребитель. Продавец – это посредник между

производителем и потребителем, который обслуживает процесс продажи, т.е. создаёт услугу. Услуга может быть сертифицирована, но к качеству продукции это непосредственного отношения не имеет.

Современное понятие «сертификация» было предложено специальным комитетом Международной организации по стандартизации (ISO) в 1982 г. в следующей формулировке: **«сертификация соответствия представляет собой действие, удостоверяющее посредством сертификата соответствия или знака соответствия, что изделие (услуга) соответствует определённым стандартам или другому нормативно-техническому документу».**

Сертификация – (от лат. certum – «верно», facere – «делать») – это форма подтверждения соответствия объектов требованиям технических регламентов, положениям государственных стандартов, сводам правил или условиям договоров.

Сертификация – процедура подтверждения качества, посредством которой независимая от изготовителя (продавца, исполнителя) и потребителя (покупателя) организация удостоверяет в письменной форме, что определённая продукция (работа, услуга и др.) соответствует установленным требованиям.

Под сертификацией подразумевается процедура получения сертификата, осуществляемого органом по сертификации.

Сертификат – это документ, удостоверяющий качество. Он защищает интересы потребителя товаров, государственные интересы страны. Сертификация в здравоохранении означает оценку соответствия указанным требованиям.

К объектам сертификации относятся:

- Сертификация производственного технологического процесса.
- Сертификация конечной продукции (например, сертификация медицинской техники и изделий медицинского назначения).
- Сертификация услуг (работ).
- Сертификация систем менеджмента (например, система менеджмента качества; система менеджмента охраны здоровья и обеспечения безопасности труда; система менеджмента безопасности пищевой продукции и др.).
- Сертификация персонала.

Вопросы сертификации рассматриваются **Международным обществом по обеспечению качества в здравоохранении (ISQua)**. Зарегистрировано Общество в Австралии в 1985 г. группой профессионалов, работающих в сфере здравоохранения. Значительное влияние на работу его органов на этапе создания оказал Аведис Донабедиан.

Международное общество по обеспечению качества в здравоохранении не является коммерческой организацией. Ежегодно оно организует конференции по качеству и публикует Международный журнал по качеству в здравоохранении.

В 1999 г. *Европейское объединение по аккредитации* (European Accreditation, EA – <https://european-accreditation.org/>) провело семинар по обеспечению качества и аккредитации в секторе здравоохранения. Это объединение приняло решение о создании целевой группы для разъяснения использования стандарта EN 45012 (Сертифицирующие органы. Общие требования по сертификации систем качества) в здравоохранении. В этом стандарте определены требования по сертификации организаций во время прохождения ими аккредитации.

В Республике Беларусь обязательной сертификации подлежат медицинская техника и изделия медицинского назначения. Сертификация проводится Республиканским унитарным предприятием «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» (создан Министерством здравоохранения Республики Беларусь в 1997 г.).

Целью деятельности Центра является проведение в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, мероприятий по обеспечению безопасности, эффективности и качества лекарственных средств, фармацевтических субстанций, изделий медицинского назначения и медицинской техники путём проведения комплекса работ по подготовке и экспертизе документации (в том числе проведения инспекционной проверки производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники), проведение сертификации изделий медицинского назначения и медицинской техники, осуществления контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» осуществляет:

- комплекс работ по подготовке и экспертизе документации для:
 - государственной регистрации (перерегистрации) лекарственных средств, фармацевтических субстанций, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
 - выдачи разрешений на ввоз ограниченных к перемещению через Государственную границу Республики Беларусь зарегистрированных и незарегистрированных лекарственных средств и (или) фармацевтических субстанций для проведения государственной регистрации (перерегистрации), внесение изменений в регистрационное досье, предназначенных для проведения доклинических исследований, клинических испытаний, использования в качестве выставочных образцов;

- выдачи разрешений на ввоз и (или) вывоз ограниченных к перемещению через таможенную границу Республики Беларусь по основаниям неэкономического характера наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- согласование Министерством здравоохранения Республики Беларусь (РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении») рекламы лекарственных средств, методов оказания медицинской помощи, работ и (или) услуг, составляющих медицинскую деятельность, изделий медицинского назначения и медицинской техники, биологически активных добавок к пище.
- оказание услуг по организации экспертизы документов для проведения клинических (биоэквивалентных) испытаний лекарственных средств, клинических испытаний изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- прием, учет и оценку информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства;
- комплекс работ по сертификации медицинской техники и изделий медицинского назначения;
- контроль качества лекарственных средств и др. в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

III. Аккредитация – (от лат. *accredo* – «доверять») – определение соответствия конкретной медицинской организации специально установленным стандартам или критериям.

Фактически аккредитация – это проверка условий работы в медицинской организации на соответствие установленным требованиям, чтобы врач, имеющий лицензию, мог нормально работать. В разных странах используют неодинаковые критерии, но все они направлены на улучшение условий для обеспечения должного качества медицинской помощи.

Аккредитация наиболее распространена в сфере оказания профессиональных услуг, для оценки качества которых потребитель, как правило, не обладает достаточным уровнем компетенций – это, например, услуги по проведению испытаний (испытательные лаборатории), услуги по клинической диагностике (медицинские лаборатории), услуги по калибровке (калибровочные лаборатории), услуги по сертификации (органы по сертификации) и многое другое.

История развития аккредитации в здравоохранении:

- 1) В 1910 г. врач хирург **Эрнст Кодман** (Бостон, США) предложил «систему конечного результата в стандартизации больниц» для длительного наблюдения исхода лечения каждого пациента с целью выявления эффективности лечения.

- 2) В **1913 г.** создана Американская Коллегия хирургов и принята «система конечного результата в стандартизации больниц»;
- 3) В **1917 г.** Американская Коллегия хирургов разработала «Минимальный стандарт больниц».
- 4) С **1918 г.** начато проведение проверок больниц по стандартам (им соответствовало лишь 89 из 692 больниц, 13%).
- 5) **1926 г.** – выпуск первого 18-ти страничного руководства по стандартам.
- 6) В **1951 г.** создана Объединённая комиссия по аккредитации больниц в США.
- 7) В **1953 г.** в США Объединённой комиссией представлен вариант «Стандартов для аккредитации больниц» и «Всеобъемлющее пособие по аккредитации больниц. Официальное руководство».
- 8) **1994 г.** возникает Международная Объединённая комиссия (**Joint Commission International (JCI)**) – занимается аккредитацией медицинских организаций по всем направлениям деятельности (больницы, амбулаторные центры, клинические лаборатории, организации по уходу на дому, реабилитационные центры, скорая помощь и мед. транспорт, организации первичной медико-санитарной помощи, университетские и академические центры и др.).
- 9) На сегодняшний день Объединённая комиссия (США) включает в себя следующие: Международная Объединённая комиссия (JCI), Центр трансформации здравоохранения, Ресурсы Объединённой комиссии, Центр ВОЗ по безопасности пациента.

Международное общество по обеспечению качества в здравоохранении (ISQua) аккредитует «аккредитующих» – 19 организаций, которые в свою очередь аккредитуют медицинские организации.

На сегодняшний день наиболее признаваемыми в мире являются аккредитационные системы Канады (*Канадский совет по аккредитации служб здравоохранения* (Canadian Council on Health Services Regulation, CCHSA)) и США (*Объединённая комиссия по международной аккредитации учреждений здравоохранения* (Joint Commission International (JCI))). Они работают уже более 100 лет.

Помимо них действуют следующие авторитетные организации:

- Британский блок по аккредитации качества в здравоохранении (CHKS);
- Австралийский совет по стандартам в здравоохранении (Australian Council for Healthcare Standards International, ACHSI);
- European Foundation for Quality Management, EFQM (Бельгия) и др.

Аккредитация является добровольной и осуществляется в **2 этапа**: самооценка организации и внешняя экспертиза условий работы. При этом, как правило, проводятся специальные социологические исследования, опрашиваются пациенты и медицинские работники.

Joint Commission International –

(<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>) – одна из самых авторитетных организаций в мире, устанавливающая стандарты работы в здравоохранении: сертифицированные амбулаторные клиники соблюдают требования 144 международных стандартов качества и безопасности (для стационаров разработано 250 стандартов); около 1250 измеримых элементов (оцениваемых критериев).

JCI аккредитовала более 450 государственных и частных организаций здравоохранения в 48 странах мира.

Миссия JCI – это ***«непрерывное улучшение качества медицинского ухода и безопасности в мировом пространстве путём предоставления обучения, консультативных услуг, проведения международной аккредитации и сертификации»***.

JCI фокусируют внимание на тех аспектах, которые существенно влияют на качество медицинской помощи и безопасность ухода, стимулируют постоянное улучшение.

Главы стандартов JCI для больниц:

Глава 1. Международные цели по безопасности пациентов.

Глава 2. Поступление и преемственность лечения.

Глава 3. Права пациента и семьи.

Глава 4. Осмотр пациента.

Глава 5. Оказание медицинской помощи.

Глава 6. Анестезия и хирургическое лечение.

Глава 7. Менеджмент и использование медикаментов.

Глава 8. Образование пациента и семьи.

Глава 9. Качество и безопасность пациентов.

Глава 10. Профилактика и контроль инфекций.

Глава 11. Управление, лидерство и руководство.

Глава 12. Менеджмент зданий и безопасность.

Глава 13. Квалификация и образование персонала.

Глава 14. Коммуникационный и информационный менеджмент.

Стандартов JCI для аккредитации имеет от 2 до 10 ***измеримых элементов*** («измеряемых критериев» – «measurable element»), оцениваемых в баллах. Если все измеримые элементы выполняются, значит выполняется стандарт.

Результат оценки стандарта:

- выполнен (*met*);
- частично выполнен (*partially met*);

- не выполнен (*not met*).

Обновление стандартов происходит каждые 3 года. Среди причин обновления можно выделить следующие:

1. Желание улучшить стандарты.
2. Появление новых видов организационных структур (аутсорсинг).
3. Улучшение ясности изложения.
4. Введением новых измеримых элементов.
5. Внедрение новых технологий.
6. Внедрение международных рекомендаций (ВОЗ).
7. Достижения науки.
8. Пожелания медицинских организаций.

Обязательным условием для аккредитации является соблюдение 6 главных правил-целей – **Международные цели обеспечения безопасности пациентов (IPSG):**

Цель 1. Правильно идентифицировать пациентов.

Цель 2. Улучшить эффективную коммуникацию.

Цель 3. Повысить безопасность медикаментозных препаратов.

Цель 4. Обеспечить безопасное хирургическое вмешательство.

Цель 5. Сократить риск инфекций, связанных со здравоохранением.

Цель 6. Снизить риск нанесения вреда пациенту от падений.

Наличие сертификата о международной аккредитации (JCI или иной) для ЛПО значительно повышает конкурентоспособность медицинской организации на глобальном рынке медицинских услуг и способствует развитию медицинского туризма. Кроме того, многие страны прибегают к помощи авторитетных международных организаций для аккредитации, тем самым снижая затраты на собственное её проведение.

Люди (потребители медицинских услуг) стали всё активнее ездить в различные страны для получения медицинской помощи там, где это наиболее адекватно их ожиданиям в отношении качества и цены.

На практике международная аккредитация лечебных организаций является одним из наиболее важных механизмов, с помощью которых государство влияет на качество медицинских услуг и порядок их предоставления.

Таким образом, аккредитация – это один из важнейших видов разрешительных административно-правовых режимов. Аккредитация – это также экспертная оценка ЛПО, используемая для того, чтобы точно оценить уровень его функционирования по отношению к установленным нормативам и определить пути непрерывного совершенствования качества медицинских услуг.

Лицензирование и аккредитация – это косвенные рычаги государственного воздействия на качество. С помощью лицензирования

и аккредитации осуществляется достаточно эффективная система контроля государства. Если лицензирование – это выдача специального разрешения медицинской организации на осуществление ею определённых видов медицинской деятельности и услуг, то аккредитация – это процесс подтверждения соответствия производимых услуг принятым стандартам.

С одной стороны, государство предоставляет субъектам правоотношений полную свободу в осуществлении своих действий, а с другой – в целях предотвращения негативных последствий от данных действий, защиты прав и свобод граждан, признания правоспособности субъектов, установления законности их действий, – устанавливает комплекс правовых ограничений деятельности субъектов.

Аккредитационные системы, как правило, формируются так, чтобы дать объективные показатели оценки качества, а также показать, как менеджмент данной организации регулирует вопросы качества медицинских услуг.

Идеальная схема управления качеством в каждой медицинской организации должна провести пациента по всем этапам получения им медицинской помощи, начиная от наблюдения здорового пациента на участке, через амбулаторное и стационарное лечение, до врачебного наблюдения после выписки. Ядром этой схемы является перечень профессиональных стандартов, посредством которых систематически и всесторонне оценивается деятельность ЛПО. Специализированные аккредитационные организации оценивают уровень медицинской помощи в ЛПО на основании определённых групп стандартов, например:

1. Контакт медицинских работников ЛПО с пациентами.
2. Уровень образования и профессиональной подготовки персонала.
3. Организация процессов самосовершенствования – работа над ошибками с целью исключения их повторения; доказательства непрерывного профессионального обучения сотрудников ЛПО.
4. Медицинские этические стандарты.
5. Распределения служебных полномочий.
6. Принципы управления.
7. Организация документооборота в ЛПО.
8. Профилактика и регистрация инфекционных осложнений в ЛПО. Инфекционный контроль.
9. Система рассмотрения жалоб пациентов.
10. Результаты аудитов.

Данный перечень не является исчерпывающим и содержит базовые основы.

Министерством здравоохранения Республики Беларусь с 2020 г. начинает внедряться система аккредитации всех медицинских организаций на соответствие базовым стандартам. Это требования характеризующие безопасность оказания медицинской помощи, её уровень. Если оказание определённого уровня медицинской помощи в определённом ЛПО будет невозможно, то оно не получит соответствующую аккредитацию. В таких случаях необходимую помощь пациенты смогут получить в межрегиональных и межрайонных центрах, где имеются все необходимое оборудование и кадры. К примеру, качественное оказание неврологической помощи, где нет возможности нейровизуализации, КТ, МРТ невозможно. Необходимую помощь пациент сможет получить в ближайшем межрайонном или межрегиональном центре, которые будут сконцентрированы в часовой доступности. Планируется, что будет **2 уровня аккредитации: базовая**, которая коснётся государственных медицинских организаций, и **добровольная**, которую смогут получить частные медицинские центры, а также государственные, желающие подтвердить более высокий уровень оказания медицинской помощи. Финансирование тех видов помощи, которые не смогли пройти аккредитацию из республиканского и местного бюджетов будет ограничено. Планируется, что полностью система должна заработать с 1 января 2023 года.

13. Модели обеспечения качества медицинской помощи

Различными экспертами и аналитиками в литературе выделяются **3 модели обеспечения качества медицинской помощи:** профессиональную, административную (бюрократическую) и индустриальную.

1. Профессиональная модель.

Качество медицинской помощи всецело зависит от квалификации врача-профессионала, в то время как администрация не несёт ответственности за последствия лечения, а лишь создаёт необходимые условия для работы (модель широко применялась в СССР).

Критерием оценки качества является индивидуальный профессиональный уровень врача специалиста. *Основной принцип* – определение минимального стандарта возможностей. Качество рассматривается как соответствие / несоответствие критериям. *Инструментарий для оценки:* критерии, обзор и анализ случаев врачебных ошибок. *Функциональные элементы оценки модели:* структура, результат.

В условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи, скоординированного участия группы специалистов, повышения интеллектуальности врачебной работы данная модель малоэффективна.

В ней не учитывается экономическая составляющая качества, оценка результатов проводится самим лечащим врачом.

2. Административная (бюрократическая) модель – Quality Assurance – (QA).

Управление качеством возлагается на администрацию и руководителей подразделений ЛПО. *Основной принцип* – достижение оптимального результата, медицинская обоснованность, низкие значения негативных показателей, соответствие стандартам и ожидаемым результатам, жёсткие требования.

Основу модели составляет стандартизация объёма и характера медицинских услуг с последующей экспертизой конечного результата через инспекционный контроль качества медицинской помощи. Он направлен на выявление дефектов преимущественно на конечном этапе лечебно-диагностического процесса (**контроль результата**). *Инструментарий для оценки*: стандарты, статистический анализ частоты негативных показателей. *Функциональные элементы оценки модели*: структура, процесс.

Администрация в основном занимается вопросами ресурсного обеспечения. Анализ и оценку результатов медицинской помощи дают сами руководители структурных подразделений. При такой форме контроля неизбежен антагонизм между управленческим аппаратом и исполнителями. Информация о результатах оказания медицинской помощи может представляться в администрацию в искажённом виде.

Администрация слабо влияет на принятие решений по управлению качеством. У руководителей ЛПО нет достаточных знаний об управлении и интереса к его финансовому положению. Как правило, выпадает важнейшая характеристика качества – доступность медицинской помощи. Рядовые медицинские работники не задействованы (не заинтересованы) в реализации модели.

3. Индустриальная модель – (Total Quality Management – Всеобщее управление на основе качества – TQM).

Модель основана на *трёх основных принципах*:

- *Процессный подход*: качественная помощь – результат качественного процесса.
- *Непрерывное повышение качества*.
- *Участие в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса*: качество – результат творческой работы и усилий всего коллектива.

Принцип непрерывного повышения качества является важной составляющей современной теории управления (см. выше). Его содержание заключается в том, что качество создаётся при использовании качественных процессов, материалов, инструментов.

Качественная медицинская помощь – это услуги, которые выполнены профессионально с клинической точки зрения, клинически эффективны, доступны и удовлетворяют пациента.

Для достижения хорошего результата необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе причин. *Инструментарий для оценки:* оценка потребностей и степени удовлетворения пациента; оценка тяжести заболевания и степени сложности; оценка качества жизни пациента; практические рекомендации; использование информационных систем и статистического анализа. *Функциональные элементы оценки модели:* процесс, структура, результат.

Эта модель позволяет управлять достижением результатов, не завышать стоимость медицинской помощи, повышать удовлетворённость медицинского персонала своей работой и пациентов качеством полученной медицинской помощи.

Преимущества методологии индустриальной модели: возрастает продуктивность работы каждого сотрудника (от младшего медицинского персонала до администрации) и ЛПО в целом; минимизируется риск; большинство решений и заключений (назначения, рекомендации, анализы, процедуры и т.д.) выполняются правильно с первого раза, в результате чего уменьшаются повторы в обследовании и сокращается время и средства, затрачиваемые на одного пациента; улучшается контакт с пациентом и/или его родственниками, степень доверия возрастает; осуществляется объективная оценка и анализ работы различных подразделений и ЛПО в целом, состояния здоровья отдельного пациента и динамики процесса лечения и/или реабилитации, эффективности применяемых препаратов, эффективности применяемых методов диагностики, лечения и реабилитации; осуществляется постоянное улучшение действующей системы качества; повышается эффективность медицинской помощи. Таким образом, результатом является удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон: пациента, врача и всего персонала, семьи, общества, государства.

Проблемы в реализации данной модели: дефицит кадров; ограниченные ресурсы и остаточный принцип финансирования в здравоохранении; зачастую низкий уровень знаний по вопросам менеджмента и управления качеством МП у руководителей ЛПО и медперсонала; существующий антагонизм между администрацией ЛПО и медицинским персоналом; формальный подход к вопросам проведения вне- и внутриведомственной экспертизы; низкая мотивация медперсонала в повышении качества МП и др.

В соответствии с нормативными требованиями контроль качества МП в системе современного белорусского здравоохранения должен осуществляться по следующим **индикаторам (критериям)**:

- удовлетворенность пациента результатами взаимодействия с системой здравоохранения;
- соответствие медицинской помощи показателям, характеризующим её качество и эффективность (стандартам);
- внедрение новых медицинских технологий;
- анализ дефектов медицинской помощи и врачебных ошибок с целью их дальнейшего снижения;
- анализ показателей деятельности организаций здравоохранения и состояния здоровья населения (распространённость и болезненность психическими расстройствами, поздняя диагностика заболеваний, первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, инвалидность в детском возрасте, эффективность реабилитации пациентов и инвалидов, показатели уровня первичных и повторных госпитализаций, длительности стационарного лечения, стационарзамещающих форм помощи и др.).

Главными критериями эффективности системы менеджмента качества (СМК) служат отзывы потребителей (пациентов) о качестве медицинской помощи, отсутствие жалоб, внедрение новых технологий при оказании медицинской помощи.

14. Управление, лидерство, руководство в обеспечении качества медицинской помощи

Теория управления, основанная на системном подходе, рассматривает здравоохранение как совокупность взаимосвязанных и определённым образом упорядоченных управленческих структур и алгоритмов действий, которые обладают целостностью, образуют единство при взаимодействии с внешней средой и направлены на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью.

Управление здравоохранением является составной частью социального управления.

Управление здравоохранения обеспечивает:

- динамичное пропорциональное развитие,
- сохранение определённой структуры,
- поддержание эффективного режима деятельности,
- реализацию различных программ, направленных на достижение целей и решение задач по охране здоровья населения.

Функции управления в здравоохранении:

1. Планирование.
2. Организация.

3. Мотивация.
4. Стандартизация.
5. Нормирование.
6. Координация.
7. Маркетинг.
8. Контроль и учёт.
9. Прогнозирование.

Отличительные черты управления в здравоохранении:

- особая ответственность принимаемых решений;
- трудность предсказуемости последствий принимаемых решений;
- трудность / невозможность исправить последствия ошибочных решений.

Управление (по А. Файолю¹⁴) состоит из 5 этапов:

1. Планировать (prevoir).
2. Организовывать (organiser).
3. Отдавать распоряжения (commander).
4. Координировать (coordonner).
5. Контролировать (controler).

Этап планирования подразумевает ряд эмпирических наблюдений, постановку проблемы и возникновение предпосылок для выдвижения гипотез по её решению. Далее осуществляется сбор исходной информации и её обработка (анализ, систематизация, синтез).

На этапе организации на основе полученного анализа происходит постановка цели и задач. Далее – выбор метода управления. Осуществляется прогнозирование возможных последствий. Следующий шаг – это внедрение выбранного метода управления, то есть постановка задач подчинённым. Затем контроль исполнения и помощь подчинённым в работе.

В заключение проводится подведение итогов и оценка эффективности выбранного метода управления (обратная связь).

Таким образом, содержание понятия «управление» широкое и очень важное с точки зрения обеспечения качества медицинской помощи. В сфере общественного здоровья и здравоохранения оно направлено в первую очередь на решение такой задачи, как сокращение потребности в медицинской помощи при улучшении показателей здоровья населения.

Обеспечение организации качественным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции, а также его

¹⁴ **Файоль, Анри** (фр. Henri Fayol, 1841 – 1925) – теоретик и практик менеджмента, основатель классической школы управления (см. Fayol, Henri Administration Industrielle et Générale. – Paris. – Dunod et Pinat. – 1917. – 174 p. («Общее и промышленное управление»)).

оптимальное использование требует знаний и наличия определённых качеств у *руководителей*.

Современный руководитель должен уметь решать следующие **задачи**:

1. Комплектовать штат ЛПО в соответствии со стратегией развития в кратко-, средне- и долгосрочной перспективах.
2. Вести оперативную работу с персоналом:
 - обучение и развитие работников;
 - организация труда;
 - оперативная оценка работы персонала;
 - управление деловыми коммуникациями;
 - управление мотивацией и оплатой труда.
3. Осуществлять стратегическую работу: заниматься созданием системы подготовки кадрового резерва, обеспечивать преемственность на местах и работать над снижением риска кадровых потерь.

Достигать поставленных задач можно различными методами: **экономическими** (материальное стимулирование и штрафные санкции), **организационными** (нормативно-документальное закрепление функций, дисциплина, ответственность) и **социально-психологическими** (мотивация, моральное поощрение, социальное планирование).

Подготовке будущих руководителей, к сожалению, не уделяется достаточного внимания, поэтому часто тип «шефа-контролёра» всё ещё превалирует.

Согласно У.Э. Демингу (книга «Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами»), менеджеры во всём мире склонны воспроизводить стереотип примитивно-упрощённого («рефлексивного»), конфронтационного стиля менеджмента. Постоянный контроль и недоверие со стороны начальника, характерные для такого стиля руководства, снижают работоспособность сотрудников, не позволяет добиться успешной командной работы, создать атмосферу доверия в коллективе и объединить людей вокруг единой цели.

У нового поколения специалистов – новые требования к руководству. Поколение специалистов XXI века – «поколение Y-Z¹⁵» –

¹⁵ Согласно **теории поколений** (авторы У. Штраус и Н. Хау, 1991 г.) существуют 4 повторяющихся поколенческих цикла, выделяемых на основе различий в ценностях людей разных поколений. Выделяют следующие: «величайшее поколение» (родившиеся в 1900–1924 гг.), «молчаливое поколение» (1925–1942 гг.), «поколение беби-бумеров» (1943–1960 гг.), «поколение X» («Икс»), 13-е поколение (1961–1981), «поколение Y» («Игрек»), миллениалы (1982–2004 гг.), поколение Z «Зэт» (род. с 2005 г.). На данный момент существует множество подобных

не хочет подчиняться стереотипному мышлению руководителей. Механическое выполнение распоряжений начальника не удовлетворяет молодых сотрудников. Они хотят большего участия в принятии решений и, соответственно, большей отдачи от своей работы. Они трудоспособны и ожидают профессионального развития своих навыков, не хотят долго оставаться на одной и той же должности.

«Поколение Y-Z» сформировало свой *образ лидера*. Оно стремится получать удовольствие от работы и отличается высокой требовательностью к своему работодателю.

Распространённое мнение о том, что для того, чтобы стать руководителем, нужно проработать несколько лет специалистом, на практике себя в XXI веке уже не оправдывает. Эффективному менеджеру не обязательно быть самым большим знатоком в узкой сфере. Его основная задача – вырабатывать стратегию успеха и претворять её в жизнь, используя знания коллег.

Руководителю новой эры рекомендуется оставлять за собой право на ошибки, исправлять их конструктивно, не заостряя внимания на поиске виновных, ведь главное – найти оптимальный путь решения. Эффективный управленец, обладая солидными знаниями, умело использует потенциал сотрудников, разумно распределяет обязанности, способен быстро ориентироваться в любой, порою экстремальной ситуации.

Начальник должен быть талантливым руководителем и терпеливым коллегой, должен нести ответственность за свою сферу деятельности и за вверенных ему сотрудников. Такой лидер внушает доверие коллегам. Доверие развивает у подчинённых чувство ответственности, добросовестности, побуждает к самосовершенствованию и в целом способствует эффективности их деятельности.

Чтобы стать таким эффективным руководителем, один из классиков теории менеджмента **Питер Ф. Друкер**¹⁶, советует упорно учиться, работать над собой, затем долго практиковаться в необходимых навыках, пока те не вошли в привычку. По мнению Питера Ф. Друкера в любой социальной деятельности, как и в бизнесе,

социально-антропологических исследований, предложенная в них хронология периодов может отличаться от приведённой.

¹⁶ **Друкер, Питер Ф.** – (нем. Peter Ferdinand Drucker, 1909 – 2005) – американский учёный австрийского происхождения; один из самых известных теоретиков менеджмента XX века. Автор множества управленческих теорий: об инновационной экономике, предпринимательском обществе, глобальном рынке, о важности работников интеллектуального труда. Написал около 40 книг, среди которых «Практика менеджмента», «Эффективный руководитель», «Менеджмент. Вызовы XXI века».

нельзя добиться успеха, если не генерировать изменения, постоянно задаваясь вопросом о причинах недостаточной эффективности тех или иных аспектов работы.

10 ключевых установок Питера Ф. Друкера:

1. Результаты достигаются благодаря использованию благоприятных возможностей, а не за счёт решения проблем. Сосредоточиться нужно не на проблемах, а на возможностях.

2. Нет ничего бесполезнее, чем эффективно выполнять работу, которую делать вообще не нужно. Эффективное использование времени – это умение делать правильные вещи, а не вещи правильно. Прежде чем пытаться оптимизировать ваше расписание, нужно посмотреть сначала, что можно из него вычеркнуть совсем, или же перепоручить другим.

3. Большая часть того, что называется менеджментом, состоит в том, чтобы усложнять людям выполнение их работы. Каждая система управления должна облегчать работу сотрудникам, а не усложнять её.

4. Цель маркетинга – узнать и понять клиента настолько, чтобы товар или услуга точно соответствовали его требованиям и продавали себя сами. Маркетинг – это процесс получения знаний о своих клиентах (в здравоохранении о пациентах) – каковы их страхи, разочарования, стремления.

5. Необходимо постоянно совершенствовать, наращивать, проверять в действии свои знания и компетенции, иначе они уйдут. Если постоянно не совершенствовать свои навыки и не использовать свои знания, они будут утрачены.

6. Результаты зависят от маркетинга и новых технологий, всё остальное – издержки. Инновации рожают продукты и решения. На издержки нельзя тратить массу времени. Необходимо сократить временные затраты, насколько это возможно.

7. Дело может оказаться рискованным потому, что многие не обладают достаточной компетентностью. Можно избежать часть рисков с помощью одного средства: чтения.

8. Если руководитель позволяет событию определять, что ему делать, над чем работать и к чему следует отнестись серьёзно, то все его усилия, в конечном счёте, растратятся по мелочам. Успешный день начинается с принятия стратегически важного решения.

9. Три самых харизматичных лидера XX века причинили больше страданий человечеству, чем какое-либо другое трио в истории: Гитлер, Сталин и Мао. Дело не в харизме лидера. Важна его миссия. Что делает человека лидером? Человека делает лидером его видение, идея, мечта – и насколько он способен заразить своей целью других людей, чтобы вместе добиться успеха.

10. Чтобы от уровня некомпетентности подняться до удовлетворительного уровня, нужно потратить намного больше сил и труда, чем на скачок от первоклассного выполнения работы до безукоризненного. Легче идти от хорошего к великому, чем от плохого к хорошему. Необходимо сосредоточиться на развитии своих талантов в том, в чём преуспели, вместо того, чтобы стремиться быть «всесторонне» развитой личностью. Легко заменить человека, который может всего понемножку. Однако тот, кто считается лучшим в своём деле, остаётся незаменимым.

Таким образом, в современных условиях значение **руководителя** в здравоохранении в целом, и для обеспечения качества медицинской помощи в частности, является особенно важным. Он должен обладать набором следующих мировоззренческих и деловых качеств:

I. Мировоззренческие качества¹⁷:

1. Преданность делу.
2. Жизненная философия руководителя, которая образует определённую систему ценностей и идеалов.
3. Духовная сила руководителя, его ценностные ориентиры, убеждения, предпочтения, выраженные в поведении.

II. Деловые качества – это сочетание многих составляющих; в первую очередь, компетентности и организаторских способностей.

1. Организаторские качества:

- Способность находить кратчайший путь к достижению цели.
- Умение выделять и чётко формулировать как стратегические (перспективные), так и тактические задачи.
- Способность к самостоятельному мышлению и оперативному принятию обоснованных и аргументированных решений.
- Способность к последовательному и инициативному обеспечению выполнения принятых решений.
- Умение согласовывать свои замыслы с условиями действительности.
- Умение быстро и правильно оценить ситуацию, выделить первоочередные задачи и рассчитать сроки их реализации.
- Умение организовывать, координировать, направлять и контролировать деятельность сотрудников.
- Умение рационально распределить работу между сотрудниками и добиваться персональной ответственности каждого за выполнение возложенных на него функций.

¹⁷ **Мировоззрение человека** – это система взглядов и ценностей человека, которые определяются знаниями, логикой мышления и поведения, а также обусловленные взглядами жизненные позиции, идеалы, внутренние убеждения, принципы деятельности, направляющие поступать так, как повелевает долг и совесть.

- Ориентация на результат.
- Проявлять волю и настойчивость в преодолении возникающих трудностей.
- Умение пойти на определённый риск; действовать в условиях неопределённости смело и решительно, не дожидаясь указаний сверху.
- Умение эффективно сотрудничать с другими подразделениями и с органами контроля.
- Оставаться самокритичным в оценке итогов деятельности.

2. Личностные качества:

Мировоззрение, нравственность, эрудиция, ответственность, стрессоустойчивость, оптимизм, выдержка, настойчивость, терпение, доброжелательность, решительность, внимательность, собранность, аккуратность, обаяние и др.

Хороший организатор, как правило, обладает острым и гибким умом, сочетающимся с сильной волей. При любых обстоятельствах он должен быть хозяином своего слова.

Способный организатор опирается на разум всего коллектива, его настойчивость никогда не переходит в упрямство и нетерпимость к чужому мнению, он приучает подчинённых к самостоятельности.

Выделить качества, которыми необходимо обладать руководителю достаточно не просто. Учёные США и других стран, начав с нескольких фундаментальных качеств, довели их число до двухсот. В 1940 г. американский психолог К. Бэрд провёл сопоставительный анализ и составил список из 79 черт и качеств, упоминаемых различными исследователями как «лидерские». Однако он отметил, что на практике имелось немало случаев, когда лица, не обладающие «важнейшими чертами», успешно справлялись со всеми функциями руководителя и, напротив, наличие этих черт не всегда превращало человека в эффективного лидера. Так впоследствии стали говорить о том, что важны не только качества руководителя, но и влияние ситуации и объекта управления.

Таким образом, руководителю – организатору здравоохранения для обеспечения качества при оказании медицинской помощи в ЛПО необходима сумма знаний и умений, позволяющих глубоко разбираться в деле и эффективно решать возникающие проблемы, а также способность эффективного налаживания совместной работы многих людей для выполнения поставленной цели.

15. Кадры. Образование

В системе обеспечения качества в здравоохранении важным элементом является кадровое обеспечение и рациональное использование человеческих ресурсов.

Медицинские кадры – наиболее ценная и значимая часть ресурсов здравоохранения, поэтому во многих странах большое внимание уделяется их постоянной подготовке на додипломном и повышению компетентности на последипломном этапах.

Непрерывное образование – это процесс, призванный помочь медицинским работникам адаптироваться к изменениям, происходящим в медицинской науке и практике, а также в управлении здравоохранением. Непрерывное медицинское образование должно обеспечивать получение дополнительных знаний на любом этапе медицинской подготовки. Таким образом, конечной целью непрерывного медицинского образования является постоянное улучшение качества лечебно-профилактической помощи.

В Республике Беларусь получение высшего медицинского, фармацевтического образования обеспечивают 4 медицинских университета, получение среднего специального медицинского и фармацевтического образования обеспечивают 16 колледжей.

Как форма индивидуальной профилизации высшего медицинского образования действует субординатура. Она вводится Приказом Министерства здравоохранения на 6 курсе в соответствии с образовательными стандартами высшего образования и типовыми учебными планами по специальностям с целью приобретения студентом практических навыков по профилю будущей специальности. Профиль субординатуры впоследствии учитывается при распределении выпускника и соответствует направлению интернатуры.

Интернатуру проходят лица, получившие высшее медицинское, фармацевтическое образование, а также лица, не имеющие указанного образования, претендующие на занятие должностей врачей-специалистов, провизоров-специалистов, не имеющие стажа работы в должностях врача-специалиста, провизора-специалиста. По итогам прохождения интернатуры врачом-интерном (провизором-интерном) сдаётся квалификационный экзамен, после которого выносится решение о соответствии либо несоответствии заявителя квалификационной характеристике по конкретной специальности интернатуры и о допуске к работе.

Также в Беларуси существует такая форма профессиональной подготовки врачей-специалистов, как клиническая ординатура. Она осуществляется для решения задач кадрового обеспечения организаций здравоохранения, углубления профессиональных знаний и

совершенствования практических навыков врачей-специалистов, освоения передовых медицинских технологий, формирования качественного резерва руководящих кадров.

Для кадрового обеспечения научно-инновационной сферы и образования организовано получение высшего образования II ступени – магистратуры.

С целью осуществления переподготовки, повышения квалификации и стажировки кадров для системы здравоохранения созданы факультеты повышения квалификации (ФПК) во всех медицинских университетах республики. Кроме того, в Беларуси действует уникальный учебно-педагогический и научный центр дополнительного образования в здравоохранении – Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО).

В соответствии с законодательством предоставлено право реализации образовательных программ повышения квалификации руководящих работников и специалистов четырнадцати организациям здравоохранения (республиканским научно-практическим центрам (РНПЦ)).

Также программы по совершенствованию своего профессионального уровня реализуются в медицинских колледжах и Барановичском центре повышения квалификации руководящих работников и специалистов.

Разработаны и утверждены образовательные стандарты и типовые учебные планы 83 специальностям переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование; 11 специальностям переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование (профиль образования «Здравоохранение»); 1 специальности переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих среднее специальное образование (профиль образования «Службы безопасности», направление образования «Военное дело», группа специальностей «Управление подразделениями и обеспечение их деятельности»)¹⁸.

В Беларуси осуществляется аттестация медицинских (фармацевтических) работников, имеющих высшее и среднее медицинское (фармацевтическое) образование, на квалификационную категорию согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2008 г. № 232 «Об утверждении Инструкции о порядке присвоения (снижения, лишения)

¹⁸ Информация с сайта Министерства здравоохранения Республики Беларусь (<http://minzdrav.gov.by/>)

квалификационных категорий медицинским (фармацевтическим) работникам».

При получении квалификационной категории оцениваются профессиональная квалификация, компетентность, а также способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью. При присвоении квалификационной категории рекомендуется соблюдать последовательность присвоения категорий (вторая, первая, высшая). Вторая квалификационная категория может быть присвоена при наличии стажа работы по специальности, соответствующей занимаемой должности – 2 года; первая – при наличии стажа работы по специальности 5 лет и времени работы во второй квалификационной категории в одной должности (перед присвоением) не менее 3 лет; высшая – при наличии стажа работы по специальности 8 лет и времени работы в первой квалификационной категории в одной должности (перед присвоением) – не менее 3 лет. Присвоение квалификационных категорий осуществляется по итогам успешной сдачи квалификационного экзамена. Квалификационные категории действуют постоянно при условии повышения квалификации и (или) переподготовки по специальности согласно занимаемой должности либо специальности, соответствующей наименованию квалификационной категории, в течение каждых пяти лет после их присвоения.

Таким образом, созданная в Республике Беларусь система непрерывного образования и стимулирования работников здравоохранения в постоянном повышении качества своей теоретической и практической подготовки, многолетним опытом давно доказала эффективность.

16. Коллектив. Работа в команде

Для качественной работы очень важен фактор организации коллективной работы. В развитии коллектива выделяют несколько типичных стадий:

I. Начальная. *Создание формального, внешне целостного, коллектива.* Период адаптации членов коллектива друг к другу, к условиям труда, требованиям руководителя. Знакомство с задачами подразделения, ближними и перспективными целями, режимом работы. Происходит распределение обязанностей в зависимости от подготовленности, знаний и компетенций, индивидуальных особенностей работника.

Именно на этой стадии у членов коллектива формируется чувство ответственности, точность и аккуратность при выполнении работы.

Поэтому наибольшее внимание руководителя – это контроль исполнения работниками поручений.

II. Дифференцирование. *Формирование малых групп.* Из наиболее сознательных и деятельных образуется **актив**, который раньше других членов осознаёт общественную значимость задач коллектива, необходимость предъявляемых руководителем требований и оказывает ему поддержку.

На этом этапе могут выявиться пассивные исполнители, а также дезорганизаторы, отрицательно настроенные к работе администрации. Для таких членов характерно непонимание стратегических задач. Грамотный руководитель для противодействия таким членам коллектива должен формировать общественное мнение, воспитывать у сотрудников высокую сознательность.

Важным признаком данной стадии развития является увеличение числа решений, принимаемых руководителем с привлечением подчинённых.

III. Интегрирование. *Стадия появления высокоорганизованного коллектива.* Меняется тактика руководства. Если на первом этапе руководитель выступал по отношению к сотрудникам как внешняя сила, организующая, формирующая и развивающая коллектив, то теперь эту роль берёт на себя сам коллектив, а руководитель является авторитетным представителем и выразителем его интересов.

Руководитель занимается организацией трудового процесса и тактичным регулированием социальной жизни коллектива, прогнозированием путей развития.

В зависимости от стадии выбирается стиль управления коллективом. Тактика руководства должна гибко меняться. Не разобравшийся в обстановке руководитель может стать причиной замедления, развития или распада коллектива.

Построение команды. Процесс, основной целью которого является превращение группы людей в слаженно и эффективно работающую команду, называется *построением команды*.

Потенциал у работы в команде чрезвычайно высок. Сплочённая, дружная команда – это половина успеха любого дела. Коллективным трудом можно решить задачи, непосильные одному человеку, тем более, если речь идёт о проектах, реализация которых требует творческого мышления и массы интересных идей.

Принципы эффективной командной работы:

- сотрудничество / взаимодействие (объединение сил);
- умение общаться, налаживать конструктивный диалог;
- вовлечённость в процесс (выполнение общей миссии);
- «обучай, но не обвиняй» (доверие друг к другу, поддержка, помощь);

- ошибка – это повод для обучения и улучшения работы;
- взаимное уважение;
- доверие, взаимопомощь и чувство сопричастности;
- честность по отношению к коллегам и работе;
- уверенность в партнёрах;
- проявление творческого начала;
- «стремиться выполнить работу, а не смотреть на часы»;
- устанавливать личную и коллективную ответственность.

«Сотрудничество, кооперация и координация – три силы, поддерживающие практику групповой медицины... Эти три силы определяют индивидуальные принципы лечения применительно к каждому пациенту. Отдельные сотрудники – от врачей до уборщиц – становятся активными игроками команды, чтобы удовлетворить нужды пациентов, поскольку для лечения сложных заболеваний необходимы экспертные знания и навыки различных специалистов, а также поддерживающая инфраструктура»¹⁹.

Для здравоохранения принцип «работы в команде» (**«командная медицина»**) – объединение талантливых специалистов на благо пациента – в современных условиях является очень важным.

ВОЗ рекомендует использовать бригадную форму, основанную на работе **мультидисциплинарной бригады (МДБ)**. Такая бригада состоит из ведущего врача и команды узких и процедурных специалистов, которые совещаются по вопросам профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, исходя из имеющихся у пациента проблем. Их действия должны быть чётко согласованы, скоординированы и обеспечивать целенаправленный подход в реализации намеченных задач. В зависимости от индивидуальных нужд пациента в команду, проводящую лечение, помимо врачей-специалистов могут включаться медсёстры особой специализации, диетологи, специалисты по физической реабилитации, социальные работники и другие.

Например, в качестве модели организации восстановительного лечения в Беларуси в ряде ЛПО может применяться модель мультидисциплинарной реабилитационной бригады. В состав такой бригады, как правило, входят: врач-невролог (с учётом специфики заболевания пациентов ведущим врачом и координатором работы всей бригады может быть именно он), кинезотерапевт, инструктор ЛФК, нейропсихолог-логопед, психиатр, психолог, эрготерапевт (или бытовой

¹⁹ Принципы эффективной командной работы составлены на основе кн. Берри, Л. Практика управления Mayo Clinic. Уроки лучшей в мире сервисной организации / Л. Берри, К. Селтман; пер. с англ. А. Козлова. – М. : Манн, Иванов и Фербер; Эксмо, 2013. – С. 76–98.

реабилитолог), возможно также включение в состав бригады социального работника и диетолога.

При деятельности в данном ключе легко и быстро определяется последовательность и приоритетность медицинских приёмов и методик, исключается всё второстепенное. Работа ведётся целенаправленно, скоординировано и согласованно, что позволяет сокращать сроки лечения и реабилитации (быстрый перевод с профильной койки на менее затратную; быстрый перевод на амбулаторный этап лечения и реабилитации и т.д.).

В Беларуси в рамках организации работы врача общей практики (ВОП) с целью улучшения качества обслуживания внедряется формат командной работы. Медицинская помощь оказывается врачами общей практики во многих областях (терапия, неврология, оториноларингология, офтальмология, акушерство и гинекология, хирургия, эндокринология и др.). Для оказания пациентам необходимой качественной медицинской помощи ВОП организует и координирует работу команды «врач общей практики – помощник врача – медицинская сестра общей практики». Для того чтобы команда успешно и эффективно функционировала врачу общей практики, как ведущему её звену, необходимо знать основы психологии профессионального общения, принципы биоэтики, врачебной этики и деонтологии, основные принципы сотрудничества с другими специалистами и др.

Также в Беларуси работа психотерапевтического кабинета осуществляется в тесной преемственности с медицинскими работниками амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту размещения психотерапевтического кабинета с использованием диагностических и лечебных возможностей и строится по принципу мультидисциплинарной бригады («врач-психотерапевт, психолог, медицинский работник со средним медицинским образованием»).

Таким образом, ряд приведённых примеров показывает, что командный принцип работы в здравоохранении позволяет объединять усилия специалистов медицинских и немедицинских профессий на функциональной основе для оказания наиболее эффективной и качественной помощи пациентам.

Всегда есть проблема сплочения разных по темпераменту людей и их оптимальное задействование в слаженной работе команды. Нельзя забывать о том, что люди, работающие в группе, проводят по 6-10 часов в день вместе и тут очень важна эффективная коммуникация. К сожалению, обеспечить диалог зачастую сложно, так как люди очень различаются по характеру, амбициям, наклонностям.

Американские социопсихологи считают, что помочь в организации эффективной командной работы и укрепить связи внутри

любого коллектива могут, например, **командные тренинги**, или **«тимбилдинг»**, при котором люди помещаются в непривычные для них условия и занимаются тем, чего они никогда раньше не делали. Члены команды раскрепощаются, заражаются энтузиазмом, максимально укрепляют дружеские связи между собой.

Отправляя своих сотрудников на подобный тренинг, руководитель способствует формированию в коллективе условий открытости, что способствует эффективному решению поставленных задач, помогает избегать конфликтов.

17. Риски при организации системы управления качества медицинской помощи

Следует различать понятия:

Риск (risk) – это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Характерная черта случайного наступления события – невозможность точно определить время и место его возникновения.

Инцидент, происшествие (incident) – неожиданное и непреднамеренное событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.

Неблагоприятное событие (adverse event) – вред здоровью пациента, связанный с оказанием медицинской помощи, а не с осложнением уже имеющегося заболевания или травмы при условии адекватного лечения.

Ошибка (error) – дефект, упущения, нарушения, которые привели к инциденту.

Рискованная ситуация (nearmisses) – действия или бездействия медицинского персонала могли бы привести к нанесению вреда пациенту, но этого не произошло в результате вовремя предпринятых профилактических мер или просто благодаря счастливой случайности²⁰.

Например, с позиции этих определений, перелом бедренной кости пациента в результате падения в медицинской организации может быть рассмотрен как *инцидент* (падение пациента), который привёл к *неблагоприятной ситуации* (перелом бедренной кости) в силу *ошибки* (невнимательности персонала). В случае если пациент упал, но без последствий, такой инцидент завершился бы *рискованной ситуацией*²¹.

²⁰ Определения даны по: ВОЗ. Восьмой форум по вопросам будущего. Управление безопасностью пациентов. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 38 с.

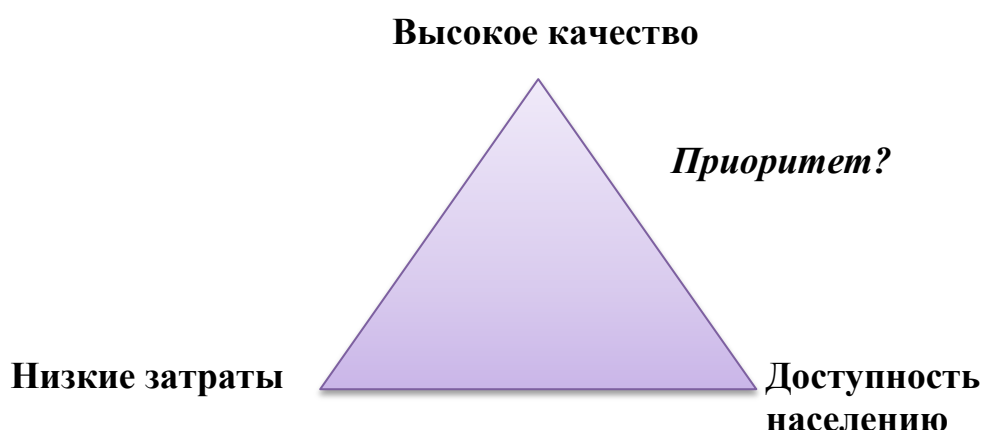
²¹ Пример из: Бурыкин, И.М. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи / И.М. Бурыкин, Г.Н. Алеева,

При организации системы управления качества медицинской помощи можно выделить следующие **риски**:

1. Недостаточная роль (самоустранение) или неопределённость руководства.
2. Формальный подход к созданию системы управления качеством медицинской деятельности.
3. Отсутствие квалификации и подготовки у персонала, участвующего во внедрении системы управления качеством.
4. Отсутствие мотивации у сотрудников.

Кроме того, не стоит забывать о проблеме выбора приоритетов в, так называемом, «железном треугольнике» компромиссов в здравоохранении (см. схему).

«Железный треугольник» компромиссов в здравоохранении



Наличие вышеуказанных рисков в организации системы управления КМП могут привести к существенным дефектам в работе медицинского персонала.

Для организатора здравоохранения проблему управления рисками следует рассматривать с позиции системного анализа, комплексно. В этом случае можно определить весь спектр действенных методов, направленных на обеспечение безопасности медицинской организации: пациентов, персонала, материальных объектов (оборудование, помещения).

Для минимизации указанных и иных рисков и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи внедряется система управления рисками (**риск-менеджмент**), которая позволяет выявить, оценить последствия и выработать тактику противодействия, направленную на ограничение случайных событий, наносящих

физический и моральный ущерб медицинской организации, её персоналу и пациентам.

Управление рисками является неотъемлемым компонентом системы управления качеством медицинской помощи. Система риск-менеджмента помогает отслеживать развитие рисков, обновлять каталоги рисков, с которыми сталкивается ЛПО, анализирует риски, принимает организационные и иные меры по их устранению.

В здравоохранении наиболее оптимально применение следующих **методов**:

- анонимный сбор информации об инцидентах;
- ретроспективный анализ медицинской документации;
- проведение опросов (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов;
- непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи;
- отчётность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях;
- анализ жалоб и судебных исков пациентов;
- компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных;
- патологоанатомические исследования;
- проведение клинико-анатомических конференций и др.

Для системы управления рисками используются также различные индикаторы (см. ниже) и инструменты анализа (анализ причин, анализ значимых событий, построение матрицы рисков и т.д.).

Анализ причин (root cause analysis) – метод, с помощью которого можно выявить главные причины инцидентов и рискованных ситуаций. Существуют различные методологии проведения этого метода, но все они нацелены на выявление того, «что произошло?», «как произошло?», «почему произошло»? Анализ причин проводится, как правило, группами специалистов, которые методом последовательных вопросов пытаются выявить истинную причину инцидента. Затем они разрабатывают меры профилактики и противодействия. Иногда этот метод называют методом «5 почему?» (5 why?). Для поиска причин необходимо не менее пяти раз задать вопрос относительно причин инцидента. В качестве инструмента оценки факторов, влияющих на инцидент, можно использовать *диаграмму Исикавы*.

Анализ значимых событий (Significant Event Analysis, SEA) используется для минимизации риска и повышения безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). По методологии он напоминает метод анализа причин. В ряде стран анализ значимых событий входит в обязанность врача общей практики и

используется при оценке его деятельности. *Значимые события* – любые события, которые специалистами или участниками процесса оказания медицинской помощи понимаются как значимые в процессе оказания медицинской помощи или общей практики. Анализ значимых событий осуществляется по следующим вопросам: «Что произошло?», «Почему оно произошло?», «Что было изучено на основе этого события?», «Что было изменено?». Подобный подход аналогичен *методу анализа значимых инцидентов* (Significant Incident Review, SIR) и *методу анализа критических инцидентов* (Critical Incident Review).

Одним из важных методов риск-менеджмента, внедрённых в медицинскую практику, является *дерево решения инцидентов* (Incident Decision Tree, IDT) – метод оценки индивидуальной ответственности, системных и управленческих дефектов при возникновении инцидента.

С точки зрения практической реализации в управлении риском выделяют **5 основных этапов**:

1) Выявление угроз и опасностей. Реализуется через опросы, анкетирование, аудит, постоянный мониторинг, визуальный осмотр рабочих мест, организацию системы информирования о происшествиях и др.

2) Оценка рисков, определение того, что может быть повреждено и каким образом.

3) Принятие решений относительно мер предосторожности и минимизации ущерба, выбор метода управления риском:

- введение дополнительных систем контроля;
- организация системы раннего оповещения;
- страхование ответственности;
- страхование медицинского оборудования и (или) материальных потерь;
- назначение ответственного за риск из числа управленческого персонала;
- использование менее рискованных технологий (например, малоинвазивные вмешательства);
- перестройка процессов внутри организации для обеспечения невозможности реализации сценария риска;
- выявление триггерных событий²² (задержка госпитализации, пожилой возраст);
- препятствие доступа к потенциально опасным объектам и местам;
- определение периодичности пересмотра системы рисков.

²² «Trigger» – в пер. с англ. «спусковой крючок», «запуск» – элемент, приводящий в действие некую систему; провоцирующий фактор, явление или событие, которое приводит что-либо в действие (напр., громкий крик провоцирует выброс адреналина, поскольку ассоциируется с опасностью и пр.).

4) Документальное фиксирование произошедшего инцидента.

Все найденные риски необходимо зафиксировать, распространить среди работников ЛПО с целью невозможности повторения негативного опыта и выдвижения работниками своих предложений и замечаний. Результатом, как правило, будет большое количество замечаний и предложений. Не стоит браться сразу за внедрение всех проектов и исполнение всех изменений. Необходимо составить поэтапный план внедрения предложенных улучшений.

5) Пересмотр системы управления риском и обновление.

Система управления рисками должна непрерывно совершенствоваться. Изменяются требования, внедряются инновационные технологии, вводится в действие более совершенное оборудование.

От умения корректно и правильно использовать методы управления рисками зависит эффективность работы всей построенной системы в ЛПО. Необходимо помнить, что система управления рисками, построенная на штрафах, проверках и предписаниях, полностью демотивирует персонал к мониторингу рисков и подаче сообщений о дефектах. При правильной организации системы управления качества медицинской помощи сотрудники поощряются к открытой подаче информации и анализу ошибок и дефектов, разбору жалоб пациентов. Также необходимо и пациентов поощрять к участию в подаче информации о деятельности врачей.

18. Нормативно-правовое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь

Республика Беларусь придерживается ряда международных актов, посвящённых качеству оказания медицинской помощи. Они определяют целевые (программные) установки в сфере медицинской помощи. Ключевой момент, который декларируют международные акты – развитие государством системы МП и предоставление возможности каждому человеку получить необходимую медицинскую помощь в достаточном объёме.

К основным международным правовым актам в области обеспечения качества медицинской помощи можно отнести, например, следующие:

1. Всеобщая декларация прав человека (Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.):

Статья 25. *«1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности,*

вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

2. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой».

2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 г.):

Статья 12. «1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:

a) обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка;

b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;

c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;

d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».

3. Конвенции ООН о правах ребёнка (Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г.):

Статья 24. «1. Государства-участники признают право ребёнка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребёнок не был лишён своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

a) снижения уровней смертности младенцев и детской смертности;

b) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

c) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путём, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;

д) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;

е) обеспечения осведомлённости всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребёнка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;

ф) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.
<...>

Статья 25. *«Государства-участники признают право ребёнка, помещённого компетентными органами на попечение с целью ухода за ним, его защиты или физического либо психического лечения, на периодическую оценку лечения, предоставляемого ребёнку, и всех других условий, связанных с таким попечением о ребёнке».*

4. Конвенция о правах инвалидов (Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.):

Статья 25. Здоровье. *«Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья. В частности, государства-участники:*

а) обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам, в том числе в области сексуального и репродуктивного здоровья и по линии предлагаемых населению государственных программ здравоохранения;

б) предоставляют те услуги в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в подходящих случаях – коррекцию и услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, в том числе среди детей и пожилых;

с) организуют эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах;

д) требуют, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счёт обучения и принятия

этических стандартов для государственного и частного здравоохранения;

е) запрещают дискриминацию в отношении инвалидов при предоставлении медицинского страхования и страхования жизни, если последнее разрешено национальным правом, и предусматривают, что оно предоставляется на справедливой и разумной основе;

ф) не допускают дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области либо получении пищи или жидкостей по причине инвалидности».

Нормативные правовые акты Республики Беларусь в области качества медицинской помощи:

Основой формирования национальной системы защиты прав граждан в сфере здравоохранения являются гарантии государства по их соблюдению в виде соответствующей нормативно-правовой базы. Для осуществления политики в области качества при оказании пациентам медицинской помощи в Республике Беларусь разработано комплексное нормативно-правовое обеспечение.

При этом для гарантирования населению качественной медицинской помощи в рамках правовой и доказательной медицины и сохранения действенного правового механизма охраны здоровья граждан в Беларуси осуществляется постоянное совершенствование, как самой системы здравоохранения, так и медицинского права.

Нормативно-правовое регулирование здравоохранения в Республике Беларусь построено на системе правовой вертикали нормативно-правовых актов и их правоприменении. Законы – это высшее императивное выражение воли общества и основа правового регулирования медицинской отрасли. Все последующие подзаконные НПА издаются для исполнения законов и на их основании.

НПА различного вида (законы, декреты и указы Президента, постановления Совета Министров, постановления и приказы Минздрава, постановления и приказы других ведомств) включаются в **Национальный реестр НПА Республики Беларусь** и электронную базу данных **Национального центра правовой информации Республики Беларусь (НЦПИ)**²³.

Из этих НПА формируется специальное отраслевое законодательство, которое в качестве приложений включает в себя различные инструкции, положения и иные методические документы, регламентирующие все виды профессиональной деятельности отрасли. Также отдельные нормы охраны здоровья граждан Беларуси заложены в рамках гражданского, уголовного, административного, хозяйственного, налогового права.

²³ <http://ncpi.gov.by/>

1. Социальную направленность государства в первую очередь отражает **Конституция Республики Беларусь 1994 г.** (с изм. и доп., принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). Через Основной закон реализуются конституционные гарантии в отношении охраны здоровья граждан и создание надёжной системы защиты их прав. Право на медицинскую помощь в Республике Беларусь относится к числу конституционно защищаемых ценностей и рассматривается как фундаментальное, базовое для всей системы конкретных прав и свобод, закреплённых за гражданином в сфере здравоохранения, которое подлежит повышенной защите государства.

В **ст. 45** Конституции РБ закреплено *право граждан на охрану здоровья, включая **бесплатное лечение** в государственных учреждениях здравоохранения.* Закреплено положение о том, что *государство создаёт условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.*

2. Забота о здоровье населения Республики Беларусь, внедрение здорового образа жизни является важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности и характеризует высокую социальную ответственность государства. Для реализации данных задач проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан посредством **Концепции национальной безопасности Республики Беларусь** (утв. Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г. №575). В Концепции обозначены следующие стратегические задачи: устойчивый рост численности белорусской нации на основе последовательного увеличения рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни; снижение уровня инвалидности и смертности населения; сохранение репродуктивного и повышение общего уровня здоровья населения; охрана здоровья матери и ребёнка. Осуществление намеченного в данной Концепции возможно только благодаря повышению доступности и качества медицинской помощи и соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

3. Правовым регулятором особой сферы общественных отношений, связанных с жизнью и здоровьем человека, а также юридической основой в управлении здравоохранением выступает Закон Республики Беларусь «**О здравоохранении**» от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ с изм. и доп. Закон направлен на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения. Реализация прав граждан на доступное и качественное медицинское обслуживание, согласно **ст. 4** Закона, *обеспечивается предоставлением*

бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения; доступностью лекарственных средств; осуществлением мер по санитарно-эпидемиологическому благополучию населения; проведением медицинских экспертиз.

Кроме того, Министерство здравоохранения *определяет порядок разработки региональных программ государственных гарантий по обеспечению граждан Республики Беларусь доступным медицинским обслуживанием (ст.8)*. Оценку качества оказания медицинской помощи пациентам, а также оценку состояния здоровья пациента для выдачи заключения осуществляет врачебно-консультационная комиссия, состоящая из не менее чем трёх врачей-специалистов (ст. 17).

4. Ключевым принципом государства является обеспечение каждому человеку доступа к получению медицинской помощи необходимого объёма и качества. Этот принцип рассматривается в контексте неотъемлемых прав человека на бесплатное получение медицинской помощи и является составной частью права на социальное обеспечение. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. № 322-З **«О государственных минимальных социальных стандартах»** (в редакции Закона от 24 декабря 2015 г. №331-З (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 29.12.2015, 2/2329)) регламентирует государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения как минимальный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека.

Данным Законом определено, что в качестве минимальных социальных стандартов в области здравоохранения государство должно устанавливать нормативы бюджетного финансирования расходов на здравоохранение на одного жителя; нормы и нормативы материально-технического, медикаментозного, кадрового обеспечения, питания, обмундирования, мягкого инвентаря в государственных организациях здравоохранения различных типов и видов; нормы и нормативы льготного обеспечения лекарственными препаратами, протезами, перевязочными средствами и предметами медицинского назначения; формирование перечня услуг по оказанию стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

5. Закон Республики Беларусь **«О защите прав потребителей»** №90-З от 09.01.2002 г. (в редакции Закона от 13 июня 2018 г. № 111-З (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 22.06.2018, 2/2549)) определяет сущность таких понятий как:

«безопасность товара (работы, услуги) – совокупность свойств и характеристик товара (работы, услуги), при которых товар

(работа, услуга) не является вредным и не представляет опасности для жизни, здоровья, наследственности, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях использования товара (результата работы, услуги), хранения, транспортировки и утилизации товара (результата работы)»;

*«**качество товара (работы, услуги)** – совокупность свойств и характеристик товара (работы, услуги), определяющих соответствие товара (работы, услуги) установленным и (или) обычно предъявляемым к товару (работе, услуге) такого рода требованиям (безопасность, функциональная пригодность, эксплуатационные характеристики, надёжность, экономические, информационные и эстетические требования и др.)»;*

*«**потребитель** – физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести либо заказывающее, приобретающее товар (работу, услугу) или использующее товар (результат работы, услугу) исключительно для личных, семейных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности» и другие.*

Данным НПА осуществляется правовое регулирование отношений, в том числе в области защиты прав потребителей медицинских услуг.

6. Закон Республики Беларусь «О техническом нормировании и стандартизации» № 262-З от 05.01.2004 (в редакции Закона от 24 октября 2016 г. № 436-З (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 29.10.2016, 2/2434)) направлен на установление единой государственной политики и регулирование отношений, возникающих при разработке, установлении и применении различных объектов нормирования и стандартизации, и связанных с этим правовых и организационных основ. Именно этим НПА определена сущность понятий «государственный стандарт», «стандарт организации» и обозначены объекты стандартизации и нормирования.

Технические регламенты Республики Беларусь разрабатываются в целях защиты жизни, здоровья и наследственности человека, имущества, охраны окружающей среды, предупреждения действий, вводящих в заблуждение потребителей продукции относительно её назначения, качества или безопасности, а также обеспечения энергоэффективности и рационального использования ресурсов (ресурсосбережения).

7. Закон Республики Беларусь «Об оценке соответствия техническим требованиям и аккредитации органов по оценке соответствия» № 437-З от 24 октября 2016 г. определяет понятия «аккредитация», «сертификация», «испытание» и др. В нём устанавливается, что *обязательному подтверждению соответствия*

продукция, услуга, компетентность персонала могут подлежать при наличии следующих оснований: на них действуют технические регламенты, в которых предусмотрено обязательное подтверждение соответствия, либо обязательное подтверждение соответствия введено с целью принятия оперативных мер регулирования.

8. Лицензирование деятельности в области здравоохранения осуществляется в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь № 450 от 1 сентября 2010 г. «О лицензировании отдельных видов деятельности».

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 93 от 10.12.2014 «Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий» (с изменениями от 06.12.2018 №89)

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №16 от 05.03.2019 «Об утверждении примерных штатных нормативов службы оценки качества оказания медицинской помощи»

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №53 от 13.06.2019 «О стимулирующих и компенсирующих выплатах работникам бюджетных организаций» и др.

10. Приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

- **Приказ Министерства здравоохранения №47 от 17.03.2003 «Об утверждении Положения о системе оценки и контроля качества стоматологической помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь»**

- **Приказ Министерства здравоохранения №873 от 10.09.2009 «Об утверждении Инструкций по контролю качества клинических лабораторных исследований»**

- **Приказ Министерства здравоохранения №732 от 07.07.2014 «Об утверждении индикаторов качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях»**

- **Приказ Министерства здравоохранения №363 от 25.03.2019 «Об утверждении примерного Перечня основных индикаторов здравоохранения и здоровья населения и методик их расчёта»**

- **Приказ Министерства здравоохранения №35 от 20.01.2020 «О критериях оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз»**

- **Приказ Министерства здравоохранения №1078 от 09.09.2019 «Об утверждении Модели конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2019 год» и др.**

11. Положения, инструкции, стандарты (клинические протоколы) диагностики и лечения и др.:

Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь №138-1207 от 09.01.2008 «Оценка качества оказания скорой медицинской помощи»

Инструкция о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий, утверждённая постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь №93 от 10.12.2014

Инструкция о порядке организации и проведения оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь №90 от 6 декабря 2018

Инструкция о порядке применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз (Приложение к Приказу Министерства здравоохранения №35 от 20.01.2020) и др.

19. Индикаторы как инструмент оценки качества оказания медицинской помощи, подходы к их разработке

Основные методы оценки качества медицинской помощи, реализуемые во всех странах постсоветского пространства, включают статистический (анализ показателей государственной статистической отчетности и др.), экспертной оценки (экспертиза карт стационарных пациентов и др.), социологический (оценка удовлетворённости пациентов и др.).

В эпоху экстенсивного развития здравоохранения, когда основной задачей ставилось наращивание мощностей в системе для обеспечения общедоступности медицинской помощи, и была сформирована большая часть показателей анализа статистической отчетности, которые учитывали преимущественно «количество» медицинской помощи, а не её качество. Например, очевидно, что полнота охвата беременных диспансерным наблюдением не означает, что наблюдение их осуществляется качественно.

При этом ряд показателей, отражающих качество и актуальные для изучения сегодня (летальность, совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов, диагнозов скорой помощи и клинических и т.д.) часто анализируются несовершенно и их результаты являются малопродуктивными.

Современные системы здравоохранения дополняются новыми показателями и индикаторами, по которым можно оценивать состояние системы оказания медицинской помощи в целом или в отдельных клинических ситуациях с целью разработки мероприятий по её

совершенствованию в рамках выполнения программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи.

Кроме того, основным препятствием на пути внедрения системы управления рисками в здравоохранении является изменение организационной культуры. Современный подход к учёту и реакции организации на человеческие ошибки предполагает, что для решения проблемы необходимым является разработка показателей и индикаторов исходя из накопленного международного опыта и стандартов.

Итак, разберёмся в понятиях:

- **Критерий** – (греч. *kriterion* – средство для суждения) – признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо; мерило оценки.

- **Показатель** – обобщённая характеристика свойств объекта или процесса. Различают *качественные* показатели, фиксирующие наличие или отсутствие определённого свойства и *количественные* показатели, фиксирующие меру выраженности, развития определённого свойства.

- **Индикатор** – (лат. *indicator* – указатель) – это измеритель, отображающий изменения какого-либо параметра контролируемого процесса или объекта в форме, приемлемой для восприятия человеком.

Пример.

- *Критерий*: Качество соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

- *Показатель*: Число вспышек внутрибольничного инфицирования.

- *Индикатор*: Доля положительных проб.

Таким образом, неотъемлемой частью построения системы безопасности в соответствии с концепцией Ав. Донабедиана становятся индикаторы. Согласно данной концепции все индикаторы можно разделить на индикаторы процесса, структуры и результата.

Пример по основным группам индикаторов безопасности медицинской помощи:

➤ *Показатели ПРОЦЕССА* / Искусственная вентиляция лёгких: осложнение после интубации трахеи.

Наркоз: корректное проведение наркоза.

Фармакотерапия: назначение лекарственного препарата другому пациенту; ошибочное назначение антикоагулянтных препаратов; ошибочное назначение инсулина.

Оказание медицинской помощи: профилактика тромбоэмболии; задержки при выполнении хирургического вмешательства.

Осложнения: внутрибольничная пневмония, катетериндуцированные инфекции; пневмоторакс после медицинских манипуляций.

- *Показатели ИСХОДОВ* / смертность в палате интенсивной терапии; больничная смертность; среднее время пребывания в палате интенсивной терапии; частота регоспитализации в течение 72 часов.
- *Показатели СТРУКТУРЫ* / Наличие системы подачи отчётов о неблагоприятных событиях; доступность протоколов; количество медсестёр на одного пациента; доступность реаниматолога в течение 24 часов.

Таким образом, по каждому клиническому протоколу должны быть определены ключевые индикаторы качества медицинской помощи. При выборе индикаторов качества следует учитывать, что затраты на их определение (в т.ч. и время работы медицинского персонала) не должны превышать потенциальную пользу от проводимых мероприятий по совершенствованию качества помощи. В клиническом протоколе должен быть представлен ориентировочный нормативный уровень показателя, определяющий минимально приемлемый уровень качества, или несколько различных уровней (например: оптимальный, удовлетворительный и неудовлетворительный).

При разработке ключевых индикаторов нужно учитывать, что они должны отвечать следующим **критериям**:

1) Отражать наиболее важные с медицинской, социальной и экономической точки зрения элементы лечебно-диагностического процесса и достигнутого результата.

2) Носить опережающий (перспективный) по сравнению со сложившейся медицинской практикой характер. В то же время соотноситься с современным уровнем оснащения организаций здравоохранения (учитывать баланс между желаемым и возможным).

3) Иметь не только количественное выражение (например, доля пациентов, получивших ту или иную услугу (лекарство)), но и отражать качество медицинской помощи пациентам с наиболее значимыми заболеваниями.

4) Могут быть рассчитаны на основе сведений, обычно вносимых в медицинскую документацию (карты амбулаторного пациента, карты стационарного пациента, рецепты, статистические талоны или др.).

При разработке целевых индикаторов качества можно придерживаться современной концепции менеджмента и проектного управления, применяемой для определения целей и постановки задач – **SMART**:

- ❖ **S P E C I F I C** – конкретный – Кто? Время? Период? Вид ЛПО?
- ❖ **M E A S U R A B L E** – измеримый – В каких единицах измеряется доступность лечения?
 - Число лечившихся? Среди всех пациентов / нуждающихся?
 - Число госпитализаций? Первичных / повторных?

- ❖ **ATTAINABLE** – достижимый – Целевой показатель для ЛПО – снизить летальность в течение следующего года не менее, чем на 5% от уровня предыдущего.
- ❖ **REALISTIC / RELEVANT** – реалистичный, актуальный.
- ❖ **TIME - BOUND** – конкретный по времени, определение временного триггера – На начало года? На конец года? В течение какого периода?

Таким образом, **индикаторы качества** – это числовые показатели, используемые для оценки медицинской помощи, косвенно отражающие качество её основных составляющих (структуры, процессов и результатов).

Выбор индикаторов качества должен определяться самим понятием «качество медицинской помощи», которое включает в себя такие характеристики, как соответствие современному уровню развития науки (профессиональных знаний); удовлетворение потребностей пациентов; соответствие установленным требованиям, стандартам; оптимальное (эффективное) использование ресурсов; соответствие достигнутого результата желаемому (ожидаемому).

Индикаторы качества должны использоваться для оценки качества медицинской помощи и мониторингирования приоритетных направлений на всех уровнях системы здравоохранения. Анализ наиболее значимых индикаторов и полученная в результате информация, позволит быстрее реагировать на жалобы пациентов и устранять выявленные недостатки в системе, улучшать организацию труда, мотивировать и стимулировать персонал и др.

В НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко (РФ) в Москве был разработан и предложен для использования комплексный показатель для оценки эффективности медицинского обслуживания, включающий несколько компонентов. В качестве интегрального показателя качества МП населению могут выступать следующие частные критерии:

1. коэффициент медицинской эффективности: отношение числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу случаев оказания медицинской помощи умноженное на 100%;

2. коэффициент социальной эффективности: отношение числа случаев удовлетворённости потребителей к общему числу оцениваемых случаев оказания МП умноженное на 100%;

3. коэффициент экономической эффективности (или затрат): отношение нормативных затрат на 1 случай медицинской помощи к фактически произведённым затратам умноженное на 100%.

При наличии медико-экономических стандартов можно предложить соответствующий расчёт экономической эффективности:

$$K_{\varepsilon} = \frac{\text{Число случаев МП по стоимости, соответствующей стандарту}}{\text{Общее число оцениваемых по стандарту случаев оказания МП}} \times 100\%$$

Интегрированный коэффициент эффективности медицинского обслуживания равен произведению коэффициентов медицинской, социальной и экономической эффективности:

$$K_k = K_m \times K_c \times K_{\varepsilon}$$

Помимо коэффициента эффективности, вычисляется **коэффициент качества**, который оценивает соблюдение оптимальной технологии обслуживания:

$$K_k = \frac{\text{Число случаев, соответствующих оптимальной технологии}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания МП}} \times 100\%$$

Возможна оценка технологии обслуживания по её медико-экономическим стандартам.

Интегрированный показатель эффективности и коэффициент качества, характеризующий технологию обслуживания, можно объединить, рассчитав **комплексный коэффициент (показатель) качества медицинского обслуживания**.

Комплексный показатель качества медицинского обслуживания:

$$КП = K_m \times K_c \times K_{\varepsilon} \times K_k \text{ или } КП = K_n \times K_k,$$

где КП – комплексный показатель качества; K_m – коэффициент медицинской эффективности; K_c – коэффициент социальной эффективности; K_{ε} – коэффициент экономической эффективности; K_k – коэффициент качества, рассчитанный на основании процессуального (технологического) подхода.

Система здравоохранения должна соответствовать как нуждам и требованиям современной медицины, так и ожиданиям, потребностям пациентов. **Уровень удовлетворённости медицинской помощью** является важной структурной составляющей комплексной оценки деятельности здравоохранения. Универсальность показателя удовлетворённости заключается в том, что он включает в себя интегральную оценку всех сторон медицинского обслуживания: от возможностей и условий получения медицинской помощи, её организации, своевременности, эффективности и качества проводимых мероприятий до психологических аспектов взаимодействия пациентов с медицинским и вспомогательным персоналом, соблюдения прав пациентов.

Оценка уровня удовлетворённости медицинской помощью должна осуществляться посредством включения в стандарты нравственно-этического поведения медицинских работников модели пациенториентированного лечения и ухода.

Оценка качества оказания медицинских услуг с точки зрения пациента предусматривает анализ условий их оказания по следующим общим критериям:

- 1) Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения.
- 2) Время ожидания предоставления медицинской услуги.
- 3) Доброжелательность, вежливость, компетентность работников ЛПО.
- 4) Удовлетворённость пациента оказанными услугами.

В качестве индикаторов можно также использовать динамику показателей качества жизни пациентов, при условии, что качество жизни является наиболее важным результатом лечения и измеряется при помощи стандартизированных (валидизированных) методов.

Индикаторы качества могут быть использованы при экспертизе и оценке качества медицинской помощи в соответствии с установленными процедурами: внутреннем контроле качества; внешнем контроле со стороны органов управления здравоохранением, должностных лиц по качеству медицинской помощи; на этапе самооценки и внешней оценки медицинских организаций при проведении аккредитации и т.д.

При наличии в организации компьютеризированных информационных систем, целесообразно предусматривать автоматическое определение индикаторов качества и отражение отклонений от согласованных нормативных уровней.

Таким образом, крайне важно, чтобы разрабатываемые индикаторы комплексно и всесторонне анализировали деятельность всех структур здравоохранения и содействовали удовлетворению предъявляемым к ней потребителями (пациентами) требованиям, как по совокупности соответствующих физических параметров, так и по цене, времени, месту и способу предложения.

20. Концептуальные подходы к вопросу управления качеством оказания медицинской помощи в Республике Беларусь

Органы контроля за качеством медпомощи существуют в большинстве развитых стран мира. Причём каждое государство даже в Европейском регионе ВОЗ в этом вопросе пошло своим путём, выстроив конкретную систему с распределением полномочий и

ответственности на различных уровнях. Например, в Великобритании, Дании, Норвегии созданы национальные агентства по обеспечению качества медпомощи. Комплексно подошли Швеция, Россия, Польша, Латвия, где сформирована многоуровневая вертикаль управления качеством и разработаны стандарты как на национальном, так и на местном уровнях.

В частности, контролем качества медпомощи в Швеции занимается инспекция по охране здоровья и социальной помощи. Эта организация подчинена напрямую правительству. В штате 750 сотрудников: юристы, врачи, медсестры, получившие образование инспекторов. Ежегодная проверка (планово или по поручению правительства) касается различных вопросов, в том числе кадрового обеспечения организаций. Активно проводится анкетирование пациентов. Инспекция вправе вынести рекомендации, лишить лицензии врачей, медсестёр, оштрафовать организацию или отозвать разрешение на его работу.

В Великобритании отдельная служба по контролю качества в здравоохранении и сфере соцзащиты создана при Министерстве здравоохранения. В России государственный контроль медицинской деятельности закреплен за Росздравнадзором. В поле зрения этой службы вопросы лицензирования, соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, порядок оказания и стандарты медпомощи.

С 2018 г. в Республике Беларусь поэтапно пересматриваются подходы к оценке качества оказания медицинской помощи. В основе данного процесса лежит создание новой организационной вертикали. Концептуальные изменения контроля выражаются в следующем: если ранее оценивали конкретный случай оказания медпомощи пациенту, отдельную историю болезни и работу конкретного врача, то теперь в центре внимания функционирование организации здравоохранения в целом.

Если привести условный пример: во время операции что-то пошло не так и пациенту не удалось оказать помощь надлежащим образом. Министерство здравоохранения будет оценивать не только работу отдельного врача (следовал ли он клиническим протоколам), но и всей ЛПО. Будет осуществляться комплексный анализ и оценка всех аспектов: например, соответствие штатного расписания требуемому, материально-техническая база, соблюдение санитарно-эпидемических норм и т.д. Такой комплексный подход позволит выяснить, могло ли ЛПО в принципе в данном конкретном случае качественно оказать помощь.

Таким образом, качество медицинской помощи нужно рассматривать в неразрывной связи с качеством материально-технической базы организации здравоохранения; компетенциями

медицинского персонала; наличием современной медицинской техники и технологий; наличием оптимальных организационных технологий; наличием показателей оценки здоровья пациентов и их оценки в процессе лечения; соответствием полученных клинических результатов, произведённым затратам.

Система управления качеством в Беларуси – это непрерывная деятельность, направленная на создание условий оказания медицинской помощи населению, позволяющей выполнять заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учётом удовлетворённости населения в полученной медицинской помощи.

Обеспечение требуемого качества медицинской помощи в Республике Беларусь осуществляется на всех уровнях системы здравоохранения путём взаимосвязанных мероприятий по оптимизации использования ресурсов, внедрению современных технологий, мониторингованию получаемых результатов с последующей корректировкой.

Для достижения поставленных целей необходимо участие всех лиц и организаций, заинтересованных в сохранении и укреплении здоровья населения, а также непосредственно работающих в системе здравоохранения, их взаимное стремление к достижению согласия по основным, наиболее значимым вопросам улучшения деятельности системы.

С учётом международного опыта, можно определить, что управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является основным механизмом создания эффективной модели здравоохранения. Системный подход к решению задач управления качеством проявляется в создании целостной системы, которая обеспечивает формирование условий реализации возможностей для повышения качества деятельности медицинской организации на основе стандартизации, использования доказательных технологий, системы показателей качества и методики их оценки.

В основу идеологии непрерывного управления качеством в белорусском здравоохранении заложены следующие принципы:

- направленность всей управленческой деятельности в здравоохранении на обеспечение качества оказываемой медицинской помощи;
- участие всех сотрудников медицинских организаций на всех уровнях организационных структур в управлении качеством медицинской помощи;
- нацеленность на положительный результат, понимание его зависимости от признания потребителями высокого качества

результатов деятельности, как медицинских организаций, так и конкретных работников;

- материальное и моральное стимулирование членов трудовых коллективов, заинтересованность персонала в обеспечении высокого качества оказываемых медицинских услуг.

Качество медицинского обслуживания на уровне медицинской организации не может возникнуть само по себе, его нужно создавать. Оно связано с технологическими процессами оказания медицинской помощи. Качество МП можно обеспечить с помощью разработки оптимальной технологии медицинского обслуживания и оценить, имея стандарты и соответствующие критерии оценки.

Качество МП можно и нужно поддерживать, для чего необходимо создавать систему обеспечения качества на уровне отдельной медицинской организации. Им нужно управлять, что требует вовлечения в процесс управления всех работников организации – от администрации до вспомогательного и обслуживающего персонала.

Качество не обязательно выше там, где больше затраты. Оно находится в прямой зависимости от эффективности использования ресурсов. Качество связано со специальной профессиональной подготовкой и культурой персонала ЛПО и зависит от политики медицинской организации, которая в свою очередь связана с политикой государства, определяющей обеспечение качества медицинской помощи как основную цель деятельности всей системы здравоохранения.

Оценка качества медицинской помощи предполагает определение соответствия конкретных результатов диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий ожидаемым и производится с использованием стандартов медицинских технологий, а при их отсутствии – в сравнении с общепринятыми технологиями.

Оценка качества медицинской помощи должна носить комплексный характер и предусматривать:

- сопоставление применённой медицинской технологии с тяжестью заболевания и особенностями его течения;
- определение соответствия применённой медицинской технологии общепринятой или стандарту;
- оценку применённой медицинской технологии в неразрывной связи с конечным результатом её применения.

Обеспечение качества медицинской помощи зависит от развития материально-технической базы медицинских организаций, уровня квалификации персонала, применяемых технологий лечебно-диагностического, профилактического и реабилитационного процессов, имеющихся ресурсов здравоохранения, выполнения персоналом деонтологических норм и правил.

Использование в управлении лечебно-профилактическими организациями системы оценки качества медицинской помощи является одной из составляющих повышения эффективности медицинской помощи и деятельности организаций здравоохранения. Система контроля качества обеспечивает объективную оценку деятельности организаций здравоохранения, способствует сокращению дефектов в оказании медицинской помощи населению.

В 2019 г. Министерством здравоохранения Беларуси было принято решение о том, что для проведения оценки качества медицинской помощи необходимо привлечь специалистов с экспертным мышлением и поэтому на областном уровне функции контроля будут выполнять медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК). На их базе были организованы соответствующие отделы. Функции были МРЭК расширены: помимо оценки нарушений функций и определения статуса инвалидности экспертиза качества лечения. В перспективе для повышения объективности информации и независимости принятия решения МРЭК, находящихся в структуре управлений здравоохранения облисполкомов, планируется переподчинить напрямую Министерству здравоохранения. Также аналогичные шаги будут проведены и в отношении патологоанатомических бюро.

В 2020 г. в Закон «О здравоохранении» были внесены **концептуальные изменения, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи**. В Законе введены понятия «экспертиза оценки качества медицинской помощи», «экспертиза профессиональной пригодности» (для определения, например, годен человек или нет к работе с вредными и (или) опасными условиями труда), «экспертиза связи заболевания с профессией» (для установления связи заболевания с профессиональной деятельностью); расширен перечень случаев, при которых необходимо проведение экспертизы; введена медицинская аккредитация государственных организаций здравоохранения для определения соответствия лечебно-диагностических возможностей государственной организации здравоохранения условиям, видам и уровням медицинской помощи; патологоанатомические вскрытия будут проводиться в числе прочего «в случае конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинской помощи».

Минздравом Республики Беларусь акцентировано внимание на необходимость предоставления пациенту доступа к специализированной высокотехнологичной медицинской помощи вне зависимости от места его проживания. Доступность, этапность, преемственность всех видов медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения обеспечиваются её оказанием на разных уровнях независимо от места жительства (места пребывания) пациента.

Возможности управления системой качества медицинской помощи значительно расширятся после завершения формирования электронного здравоохранения. В Беларуси создаётся централизованная информационная система здравоохранения, в которой будет храниться и обрабатываться следующая медицинская информация:

- сведения, содержащиеся в электронной медицинской карте пациента и других электронных медицинских документах;
- сведения, содержащиеся в едином электронном архиве медицинской информации о пациентах;
- сведения об организациях здравоохранения;
- сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь;
- сведения о медицинских документах и сведения об организации здравоохранения, в которой медицинские документы созданы и хранятся;
- сведения статистического наблюдения в сфере здравоохранения;
- сведения об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и пр.

21. Методика проведения ведомственного экспертного контроля и оценки качества медицинской помощи в Республике Беларусь

Контроль качества медицинской помощи в Республике Беларусь осуществляется с соблюдением принципов комплексности, объективности и добросовестности.

Система контроля качества оказания медицинской помощи включает в себя:

- 1.** экспертную оценку качества оказания медицинской помощи конкретному лицу;
- 2.** анализ конкретных показателей, характеризующих качество медицинских услуг (например, заболеваемость, инвалидность, смертность и т.д.);
- 3.** выявление дефектов диагностики, лечения, врачебных ошибок, ошибок при проведении экспертизы стойкой и временной нетрудоспособности, повлекших за собой ухудшение качества медицинской помощи;
- 4.** изучение удовлетворенности пациентов от взаимодействия с ЛПО;
- 5.** оценка профилактических мероприятий;
- 6.** выбор рациональных управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинских услуг, и контроль за их реализацией;

7. подготовка рекомендаций по предупреждению врачебных ошибок и дефектов в работе.

Контроль качества оказания медицинской помощи в Беларуси осуществляется экспертным методом должностными лицами лечебно-профилактических организаций, штатными и внештатными специалистами органов управления здравоохранением. При необходимости для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники высших учебных заведений, НИИ, РНПЦ и др. учреждений.

Основанием для проведения оценки качества является решение о проведении оценки качества, принятое оценивающим субъектом. **Оценивающим субъектом** могут выступать: сама организация здравоохранения (ЛПО), врачебно-консультационная комиссия (ВКК) организации здравоохранения, медико-реабилитационная экспертная комиссия (МРЭК), главные управления по здравоохранению (здравоохранения) облисполкомов, Министерство здравоохранения Республики Беларусь и др. структуры, определяемые законодательством.

Управление всей системой оценки качества, организация и координация деятельности системы оценки качества на республиканском, областном (г. Минска) и первичном уровнях осуществляется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Оценка качества, координационно-аналитическая деятельность в области оценки качества, обобщение и анализ результатов оценки качества проводится государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

На областном уровне (в г. Минске) оценка качества проводится областными (Минской городской) медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК).

На первичном уровне (в организации здравоохранения) оценка качества проводится ВКК соответствующей организации здравоохранения. Руководителем организации здравоохранения могут назначаться лица, ответственные за отдельные разделы работы по оценке качества из числа своих заместителей, а также руководителей структурных подразделений. При отсутствии в организации здравоохранения ВКК оценка качества осуществляется руководителем соответствующей организации здравоохранения.

Выделяется текущая, целевая и повторная оценка качества. **Текущая оценка качества** проводится внутри организации здравоохранения ВКК организации здравоохранения не реже 1 раза в квартал. **Целевая оценка качества** проводится оценивающим субъектом в отношении ЛПО в объеме, определяемом до начала оценки качества. **Повторная оценка качества** проводится с целью анализа

эффективности мер, предпринятых субъектом оценки по результатам текущей или целевой оценки качества.

Целевая и повторная оценка качества проводится с выездом в ЛПО, где оказывалась (оказывается) медицинская помощь (осуществлялась медицинская экспертиза) или без выезда.

МРЭК не позже декабря утверждает график проведения целевых оценок качества на следующий календарный год в организациях здравоохранения.

Оценивающий субъект в соответствии с задачами, возлагаемыми на оценку качества, осуществляет следующие **функции**:

1. Проводит оценку качества с составлением заключения о результатах оценки качества.
2. Разрабатывает мероприятия по предупреждению, своевременному выявлению и устранению недостатков оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз, причин и условий, способствующих их возникновению.
3. Проводит анализ выполнения в организации здравоохранения мероприятий (мер, решений) по устранению недостатков, причин и условий, способствующих их возникновению, выявленных при осуществлении оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз.
4. Оказывает в пределах своей компетенции методическую и консультативную помощь организациям здравоохранения.
5. Проводит анализ выявленных отклонений статистических показателей деятельности организации здравоохранения и здоровья населения.

При проведении целевой оценки качества, проводимой и соответствии с графиком, или повторной оценки качества по результатам такой целевой оценки, в срок не позднее 10 календарных дней до начала оценки качества оценивающим субъектом осуществляется информирование ЛПО о проведении оценки качества с указанием ориентировочных сроков предстоящей оценки качества и перечня вопросов, подлежащих анализу.

Оценка качества проводится путём анализа документов в соответствии с требованиями законодательства. **Предметом оценки качества** являются случаи или совокупность случаев оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз, а также показатели деятельности субъектов оценки и (или) их структурных подразделений и (или) их работников.

Для осуществления оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз разработаны критерии (см. Приложение 5 – Инструкция о порядке применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз (Пр.

Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 января 2020 № 35 и Приложение 6 – Инструкция о порядке применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз)).

В процессе экспертизы важно добиваться независимости должностных лиц, проводящих оценку качества от должностных лиц, заинтересованных в её результатах.

По результатам проведённой оценки качества оценивающим субъектом обязательно составляется заключение о результатах оценки качества. К заключению о результатах оценки качества прилагаются копии материалов, свидетельствующие о выявленных недостатках оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз и подтверждающие выводы о выявленных недостатках оказания медицинской помощи и проведения медицинских экспертиз, содержащиеся в заключении о результатах оценки качества.

Заключение о результатах оценки качества на первичном уровне согласовывается председателем ВКК основного состава (при отсутствии ВКК – лицом, ответственным за организацию медицинской экспертизы в организации здравоохранения, при отсутствии такого лица – согласование не производится), на областном уровне (уровне г. Минска) руководителем отдела оценки качества оказания медицинской помощи МРЭК.

В ведомственном звене на уровне ЛПО экспертизу и контроль качества медицинской помощи осуществляют: заведующие структурными отделениями и подразделениями (**первая ступень экспертизы**), заместители руководителя организации по лечебной работе, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе (**вторая ступень экспертизы**), члены клинико-экспертных (лечебно-контрольных) комиссий ЛПО (**третья ступень экспертизы**), члены клинико-экспертных (лечебно-контрольных) комиссий органов управления всех уровней (**четвертая ступень экспертизы**). Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения, областных управлений здравоохранения и комитета по здравоохранению проводят экспертную оценку качества медицинской помощи при комплексных целевых и контрольных проверках лечебно-профилактических организаций.

Экспертная оценка первой ступени проводится ежемесячно заведующими структурными отделениями, подразделениями в объёме не менее **10–20%** от всех законченных случаев лечения в амбулаторно-

поликлинических организациях для взрослых и детей, в **40%** случаев лечения в стационарах с заполнением экспертных карт²⁴.

В компетенцию экспертов первой ступени контроля входит:

- изучение соблюдения оптимальных лечебно-диагностических технологий в работе врачей и преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи;
- выявление дефектов, допущенных в процессе оказания медицинской помощи, и принятие мер по их устранению;
- контроль за проведением врачами экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности;
- текущий контроль за качеством работы среднего и младшего медицинского персонала;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учёта и отчётности;
- определение уровня качества работы каждого врача и степени достижения структурным подразделением запланированных результатов;
- обобщение результатов текущего экспертного контроля для подачи сведений на следующий уровень контроля качества.

Заведующие структурными отделениями и подразделениями стационаров осматривают всех находящихся на лечении пациентов как с целью внесения корректив в назначенные лечебно-диагностические мероприятия, так и для контроля качества оказываемой медицинской помощи.

Эксперты второй ступени (заместители главного врача ЛПО):

- изучают степень удовлетворённости пациентов медицинским обслуживанием;
- изучают степень удовлетворённости врачей работой вспомогательных лечебно-диагностических служб;
- изучают степень удовлетворённости медицинского персонала деятельностью администрации ЛПО;
- разрабатывают программы подготовки и повышения квалификации медицинских работников с учётом качества их работы.

Кроме того, на второй ступени осуществляется контроль за работой первой ступени путём анализа результатов контроля качества МП и эффективности мероприятий, проводимых заведующими структурных отделений и подразделений. На второй ступени

²⁴ **Законченным случаем** следует считать случай, когда цель обращения пациента за медицинской помощью достигнута. Для острых заболеваний: выздоровление; госпитализация; смерть. Для обострённых хронических: перевод в ремиссию; госпитализация; смерть. Для диспансерных пациентов: получение рекомендаций для последующего самостоятельного их выполнения; выписка льготных рецептов.

осуществляется выборочная экспертиза медицинских карт амбулаторных и стационарных пациентов подведомственных подразделений в объёме не менее 30–40 случаев в течение месяца.

Ответственность за организацию контроля качества МП возлагается на главного врача ЛПО. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается методом случайной выборки. Кроме того, обязательному экспертному контролю подлежат:

В стационарах:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи заболеваний с необоснованно удлинённым или укороченным сроком лечения;
- возникновение тяжёлых осложнений заболевания или новых патологических состояний во время лечения;
- случаи госпитализации в непрофильное отделение;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца после выписки;
- случаи расхождения клинико-поликлинических, клинико-патологоанатомических диагнозов;
- случаи перевода пациента в отделение интенсивной терапии;
- случаи необоснованного отказа в госпитализации, приведшие к ухудшению состояния здоровья пациента;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

В амбулаторно-поликлинических организациях:

- случаи летальных исходов на дому от острого инфаркта миокарда и острой пневмонии; в трудоспособном возрасте;
- запущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулёза;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи расхождения клинико-поликлинических, клинико-патологоанатомических диагнозов;
- случаи с удлинёнными или укороченными сроками временной нетрудоспособности;
- случаи повторных выездов бригад скорой медицинской помощи в течение суток;
- случаи смерти до приезда бригад скорой медицинской помощи;
- случаи перинатальной смертности;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

В амбулаторно-поликлинических организациях для детей:

- случаи смерти детей 0–18 лет в районе деятельности поликлиники;
- случаи гнойно-септических заболеваний у новорождённых;
- случаи онкологических заболеваний;
- случаи поздней госпитализации при острых заболеваниях брюшной полости;
- заболевания менингококкцемией, менингитами, дифтерией, корью, коклюшем, полиомиелитом, тифами, туберкулёзом;
- случаи первичного выхода на инвалидность;
- осложнения вакцинации;
- расхождения клиничко-поликлинических диагнозов (плановые пациенты);
- лечебно-оздоровительной работы с допризывниками по спискам № 1 и 2;
- наблюдения за детьми 1-го года жизни III группы здоровья (ежеквартально);
- случаи жалоб родителей пациентов.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза осуществляется на основании изучения первичной медицинской документации (медицинская карта амбулаторного пациента, медицинская карта стационарного пациента), по отдельным законченным случаям в данном подразделении. При необходимости проводится очная экспертиза с использованием статистического метода «случайной» выборки, путём сопоставления проведённых лечебно-диагностических мероприятий с общепринятыми унифицированными технологиями и утверждёнными стандартами (протоколами) обследования и лечения пациентов, учитывая особенности данного индивидуального случая.

Лечебно-контрольные комиссии (третья ступень экспертизы) проводят:

- изучение соответствия уровня оснащённости и кадрового укомплектования ЛПО решаемым задачам и поставленным целям;
- анализ результатов экспертизы качества МП на предыдущих этапах;
- регулярное информирование медицинского персонала о результатах экспертизы качества МП;
- разбор конфликтных ситуаций;

- подготовка проектов управленческих решений по улучшению качества оказания МП.

Таким образом, в каждом ЛПО осуществляется постоянный контроль за исполнением организации и проведением лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности лечащими врачами и средним медицинским персоналом. Анализ проведенной экспертизы с разбором ошибок, а также определение мероприятий по их исправлению проводится на заседаниях Экспертного совета.

Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса:

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, адекватность выбора и своевременное назначение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и объективным состоянием здоровья пациента;

- выявляет дефекты и устанавливает их причины.

Оценка качества диагностических мероприятий, диагноза, лечебно-оздоровительных мероприятий и состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения и реабилитации осуществляется экспертом в соответствии с оценочной шкалой (таблица 1).

Таблица 1

Шкала уровня экспертных оценок

Код строк и	Наименование оценки	Оценка дефекта в баллах
1. Оценка диагностических мероприятий		
1.1.	Диагностическое обследование не проводилось	0,25
1.2.	Выполнены отдельные малоинформативные обследования	0,20
1.3.	Обследование проведено наполовину	0,15
1.4.	Обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения	0,10
1.5.	Обследование проведено полностью	0,00
1.6.	Объем обследования перевыполнен необоснованно	0,05
2. Оценка диагноза		
2.1.	Несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным.	0,20
2.2.	Отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений	0,15

2.3.	Поставлен развернутый клинический диагноз с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функций, наличия осложнений по основному заболеванию без учета сопутствующей патологии	0,05
2.4.	Поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеванию	0,00
3. Оценка лечебно-реабилитационных мероприятий		
3.1.	Лечебно-оздоровительные мероприятия практически не проводились	0,25
3.2.	Выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции, мероприятия	0,20
3.3.	Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину	0,15
3.4.	Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью, имеются некоторые упущения	0,05
3.5.	Набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью.	0,00
3.6.	Набор лечебно-оздоровительных мероприятий перевыполнен необоснованно	0,05
4. Оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения, реабилитации		
4.1.	Ожидаемые критерии состояния здоровья пациента в результате лечебно-профилактического процесса и реабилитации, заложенные в стандартах медицинских технологий, практически отсутствуют	0,30
4.2.	Состояние пациента не изменилось, критерии лечения по стандарту достигнуты частично	0,20
4.3.	Состояние пациента улучшилось, достигнуты основные критерии лечения по стандарту	0,05
4.4.	Состояние пациента улучшилось, критерии лечения по стандарту достигнуты полностью	0,00

Данные каждого случая экспертизы заносятся в «Карту оценки качества медицинской помощи» (таблица 2). Сведения об экспертизе качества медицинской помощи, оказанной врачами отделения, обобщаются и анализируются заведующими отделениями, а оказанной другими врачами – заместителями главного врача.

Таблица 2

Карта оценки качества медицинской помощи

1. Отделение _____
2. Ф.И.О. врача _____
3. Ф.И.О. пациента _____
4. Номер медицинской карты _____
5. Оценка полноты обследования (ОДМ) _____
6. Оценка диагноза (ОД) _____
7. Оценка набора лечебных мероприятий (ОЛМ) _____
8. Оценка результативности лечения (ОРЛ) _____
9. Замечания _____
- _____
- _____
- _____

Дата экспертизы _____ 20__ г.
 Эксперт (Ф.И.О.) _____ Подпись _____

«Карты оценки качества медицинской помощи» передаются лицам ответственным за обобщение и анализ качества работы данного врача. На каждого врача, оказывающего медицинскую помощь пациентам, ежемесячно заполняется «Таблица оценки качества работы врача» (таблица 3).

Таблица 3

Таблица оценки качества работы врача _____ за _____ 20__ г.
 (Ф.И.О.) (месяц)

Ф.И.О. пациента, № мед. карты	Степень контроля (I–IV)	ОДМ	ОД	ОЛМ	ОРЛ	УКМ (1,0- ОДМ- ОД- ОЛМ- ОРЛ)	Дата и краткое описание дефекта	Уровень штрафных санкций дефекта (У)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

7.								
N.								
Уровень качества медицинской помощи (УКМ) =							Уровень дефектов (УД) =	
Уровень качества работы врача (УКРВ) =								

* Примечание. ОДМ – оценка выполнения диагностических мероприятий; ОД – оценка диагноза; ОЛМ – оценка выполнения лечебных мероприятий; ОРЛ – оценка результативности лечения; УКМ – уровень качества медицинской помощи; УД – уровень дефектов; УКРВ – уровень качества работы врача в данном месяце.

В результате статистической обработки рассчитываются показатели, характеризующие качество медицинской помощи и работы врача за месяц, составляются аналитические таблицы, отражающие качество медицинской помощи, оказываемой отдельными врачами, структурными подразделениями и в целом медицинской организацией.

Методика осуществления расчёта уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту (УКМ) и заполнения таблицы «Оценка качества работы врача»

В графе 1 таблицы 3 записывается Ф.И.О. пациента и номер медицинской карты, по которой проводилась экспертиза качества медицинской помощи.

В графе 2 таблицы 3 отмечается уровень (ступень) контроля качества медицинской помощи: I – заведующие структурными подразделениями; II – заместители руководителя организации по лечебной работе, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе; III – члены лечебно-контрольной комиссии организации; IV – главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения, областных управлений здравоохранения и комитета по здравоохранению.

В графы 3–6 заносятся результаты экспертной оценки диагностических мероприятий (ОДМ); диагноза (ОД); выполнения лечебных мероприятий (ОЛМ); результативности лечения (ОРЛ).

Уровень качества медицинской помощи (графа 8), оказанной врачом конкретному пациенту, определяется путём последовательности вычитания из 1 (единицы) уровней экспертных оценок диагностических мероприятий (ОДМ), диагноза (ОД), лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ) и состояния здоровья пациента по окончании этапа

лечения и реабилитации (ОРЛ) в соответствии с оценочной шкалой.

$$\text{УКМ} = 1 - \text{ОДМ} - \text{ОД} - \text{ОЛМ} - \text{ОРЛ}$$

Уровень качества медицинской помощи (графа 7) оказанной врачом конкретному пациенту вычисляется по формуле:

$$\text{УКМ} = 1 - \text{ОДМ} - \text{ОД} - \text{ОЛМ} - \text{ОРЛ}$$

Уровень качества медицинской помощи, оказанной врачом в течение месяца определяется как среднеарифметическое значение показателей уровня качества медицинской помощи отдельным пациентам в данном периоде:

$$\text{УКМ} = (\text{УКМ}_1 + \text{УКМ}_2 + \dots + \text{УКМ}_n) / N$$

В графы 8–9 вносятся дефекты, выявленные в деятельности врача, как при экспертной оценке качества оказанной медицинской помощи, так и при повседневном контроле за их работой и уровень штрафных санкций за дефекты.

Уровень дефектов (УД) в деятельности врача за месяц вычисляется как сумма штрафных санкций по каждому из дефектов, допущенных им за данный период:

$$\text{УД} = Y_1 + Y_2 + \dots + Y_n$$

где: УД – уровень дефектов в работе врача, допущенных в данном месяце;

Y_1, Y_2, \dots, Y_n – уровень штрафных санкций дефектов в соответствии с унифицированной таблицей (таблица 4).

Коэффициент качества работы врача (УКРВ) в данном месяце рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УКРВ} = \text{УКМ} - \text{УД}$$

где: УКРВ – уровень качества работы врача за определённый период времени (месяц, квартал, год);

УКМ – уровень качества медицинской помощи, оказанной пациентам врачом за определённый период времени;

УД – уровень дефектов в работе врача за соответствующий период времени.

Таким образом, оценка качества работы врача осуществляется на основе двух составляющих: оценки уровня качества медицинской помощи, оказанной пациентам и оценки уровня дефектов в работе врача. Качество работы врача определяется как разность между качеством медицинской помощи пациентам, оказанной конкретным врачом и уровнем дефектов допущенных в процессе работы. Дефекты, допущенные врачом в процессе работы, заносятся заведующими отделениями и заместителями главного врача в таблицу «Оценки качества работы врача» (таблица 3). Уровень дефекта определяется экспертом по соответствующей шкале дефектов (таблица 4).

Таблица 4

**Уровни штрафных санкций при дефектах
в деятельности врачей лечебно-профилактических организаций**

Ко д	Дефект	Уровень штрафных санкций	Уровень утвержде ния
1	2	3	4
1.	Обоснованная жалоба пациента или его родственников	0,1	II-III
2.	Неподчинение или невыполнение приказа руководителя (в пределах должностной инструкции)	0,02	III
3.	Самовольное изменение графика работы, опоздание или преждевременный уход с работы	0,1	I-II-III
4.	Появление на работе в нетрезвом состоянии	0,2	III
5.	Нарушение правил техники безопасности	0,05	III
6.	Нарушение санитарно-противоэпидемического режима (по заключению врача эпидемиолога ЛПО или ЦГЭ и ОЗ)	0,1	III
7.	Смерть пациента в результате ошибочных действий или бездействия врача (по заключению ЛКК)	0,2	III
8.	Несвоевременный перевод пациента в профильное отделение, повлекший за собой: – ухудшение состояния; – удлинение сроков лечения; – осложнение; – без последствий для пациентов.	0,05 0,05 0,05 0,01	III II-III
9.	Послеоперационное осложнение в результате ошибочных действий врача: – приведшее к релапаротомии; – остальные случаи послеоперационных осложнений	0,02 0,01	III I-II-III
10.	Повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение месяца, в результате дефектов лечения при предыдущей госпитализации	0,1	III
11.	Госпитализация без показаний (за исключением ИОВ, УВОВ и контингента к ним приравненного)	0,01	III

12.	Непредставление в срок утвержденной статистической отчетности	0,01	I-II-III
13.	Небрежное заполнение или не заполнение утвержденной документации	0,01	I-II-III
14.	Запущенные (пропущенные) случаи онкологических и венерических заболеваний, туберкулеза по непрофессионализму или халатности врача	0,1	III по предоставлению II
15.	Случаи внутрибольничного заражения инфекционными заболеваниями по вине врача	0,1	I-II-III
16.	Несвоевременная организация консилиума при неясных случаях	0,1	II-III
17.	Случаи удлинения или укорочения сроков лечения, необоснованные или в результате технологических нарушений	0,1	III
18.	Предоставление недостоверной информации о работе (приписки)	0,1	I-II-III
19.	Отказ в госпитализации или несвоевременная госпитализация в результате недооценки состояния, повлекшие за собой: – смерть пациента; – ухудшение состояния, потребовавшее в дальнейшем реанимационных мероприятий или неотложной интенсивной терапии; – удлинение сроков пребывания на больничной койке свыше установленного на 15 %	0,2 0,1 0,01	I-II-III I-II-III I-II-III
20.	Несвоевременное или некачественное наблюдение на участке за пациентом с инфекционным заболеванием, несвоевременное представление сведений в нужные инстанции	0,05	I-II-III
21.	Невзятие на диспансерный учёт после выписки из стационара подлежащего контингента, некачественное проведение диспансеризации	0,05	I-II-III
22.	Невзятие на реабилитацию подлежащего контингента, некачественное проведение реабилитации	0,05	I-II-III

Сведения об экспертизе качества медицинской помощи, оказанной врачами отделения, обобщаются и анализируются заведующими отделениями, а оказанной другими врачами –

заместителями главного врача.

Пример расчёта уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту (УКМ):

Заведующим терапевтическим отделением городской больницы № 3 проведена экспертиза качества оказания медицинской помощи пациенту Р., на основании медицинской карты стационарного пациента (ф. 003/у), в соответствии с таблицей 1 – «Шкала уровня экспертных оценок» и таблицей 4 – «Уровни штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей лечебно-профилактической организации».

1. При анализе медицинской карты стационарного пациента и в соответствии со «Шкалой уровня экспертных оценок» (таблица 1) и «Уровнем штрафных санкций при дефектах в деятельности врачей лечебно-профилактической организации» (таблица 4) выявлено:

1. Оценка диагностических мероприятий (код строки 1.6.).
2. Оценка диагноза (код строки 2.4.).
3. Оценка лечебно-оздоровительных мероприятий (код строки 3.4.).
4. Оценка здоровья пациента по окончании этапа лечения, реабилитации (код строки 4.3.).
5. Уровень штрафных санкций при дефектах в деятельности врача (код 2; 3).

2. В соответствии со «Шкалой уровня экспертных оценок» (таблица 1) экспертом оценивается:

- выполнение набора диагностических мероприятий (ОДМ).

Объём обследования перевыполнен необоснованно, ОДМ – 0,05 (пункт по коду строки 1.6.);

- оценка диагноза (ОД).

Поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеванию, что соответствует принятой классификации заболевания, ОД=0,0 (пункт по коду строки 2.4.);

- проведение лечебно-оздоровительных мероприятий (ОЛМ).

Лечебные мероприятия выполнены полностью, имеются некоторые упущения, не повлиявшие на исход лечения, ОЛМ=0,05 (пункт по коду строки 3.4.);

- оценивается состояние здоровья пациента по окончании этапа лечения, реабилитации (ОРЛ).

Состояние пациента улучшилось, достигнуты основные критерии лечения по стандарту, ОРЛ=0,05 (пункт по коду строки 4.3.).

Полученные значения подставляем в формулу:

$$\text{УКМ} = 1 - \text{ОДМ} - \text{ОД} - \text{ОЛМ} - \text{ОРЛ} = 1 - 0,05 - 0,0 - 0,05 - 0,05 = 0,85$$

Таким образом, уровень качества медицинской помощи пациенту Р. составил 0,85.

3. В соответствии с «Уровнем уровень штрафных санкций при дефектах» (таблица 4) установлено:

- неподчинение или невыполнение приказа руководителя (в пределах должностной инструкции) (код 2) – 0,02 балла;
- самовольное изменение графика работы, опоздание или преждевременный уход с работы (код 3) – 0,1балл.

Таким образом, уровень качества работы врача за указанный период составил:

$$\text{УКРВ} = \text{УКМ} - \text{УД} = 0,85 - 0,12 = 0,73.$$

Качество работы врача считается отличным, если УКРВ – 0,91–1,0; хорошим – 0,75–0,90 (УКРВ \geq 0,9 – премирование по экономическим показателям); удовлетворительным – 0,51–0,74 (УКРВ $<$ 0,9 – премирование не производится).

Качество с оценкой 0,5 и ниже считается неудовлетворительным.

Таким образом, качество работы врача за данный период следует признать удовлетворительным, так как **УКРВ составил – 0,73.**

Методика расчёта оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками ЛПО

Качество медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками, оценивается на основании анализа дефектов, допущенных в течение месяца.

При добросовестной работе и отсутствии дефектов, уровень качества работы считается отличным и оценивается в 1,0.

В случае выявления дефектов в работе среднего медицинского работника применяются штрафные санкции в соответствии с таблицей уровня штрафных санкций при отдельных дефектах деятельности среднего медицинского персонала лечебно-профилактических организаций (таблица 5).

Предполагаемая система контроля качества оказания медицинской помощи средними медицинскими работниками позволяет объективно оценить их профессиональную деятельность. В целях повышения качества медицинской помощи администрация в первую очередь задействует экономические рычаги управления качеством. Показатели качества медицинской помощи могут использоваться для дифференцированной оплаты труда средних медицинских работников, материального и морального стимулирования их высококачественной и эффективной работы.

Качество работы среднего медицинского работника считается хорошим при оценке 0,85-0,99, удовлетворительным – 0,75-0,84. Качество с оценкой 0,74 и ниже считается неудовлетворительным.

Таблица 5

Таблица уровня штрафных санкций при отдельных дефектах деятельности среднего медицинского персонала лечебно-профилактических организаций

Код	Дефект	Уровень штрафных санкций	Уровень утверждения
1	2	3	4
1.	Обоснованные жалобы: – на качество наблюдения и ухода; – деонтологическая	0,1 0,1	II-III уровень
2.	Неподчинение или невыполнение приказа руководителя (в пределах должностной инструкции)	0,2	III уровень
3.	Самовольное изменение графика работы, опоздание или преждевременный уход с работы	0,02	I-II-III уровень
4.	Появление на работе в нетрезвом состоянии (по результатам освидетельствования в установленном порядке)	0,2	III уровень
5.	Несвоевременное доведение информации до подчиненных и вышестоящих руководителей	0,01	I-II-III уровень
6.	Нарушение правил техники безопасности	0,05	I-II-III уровень
7.	Нарушение и несоблюдение правил сан.эпид. режима, повлекшие за собой:	0,1	
7.1.	Внутрибольничную инфекцию, гнойно-септические заболевания	0,1	II уровень
7.2.	Нарушение режимов дезинфекции, положительный бакпосев смывов, материала,	0,05	II уровень
7.3.	воздуха	0,05	I-II уровень
7.4.	Нарушение правил предстерилизационной обработки мед. инструментов, правил стерилизации	0,05	I-II-III уровень
7.5.	Невыполнение правил ношения спец. одежды,	0,05	I уровень
7.6.	нарушение ведущих приказов по сан.-эпид. режиму	0,1	III уровень
	Несвоевременное прохождение проф. осмотров		

7.7.	Невыполнение планов профилактических мероприятий в случае осложнения эпид. обстановки по инфекционным заболеваниям Нарушение правил забора и доставки биоматериалов	0,05	I-II уровень
8.	Нарушение своих должностных инструкций, повлекшие за собой тяжелые последствия для больного (невыполнение назначений, некачественное или неграмотное выполнение)	0,2	II-III уровень
9.	Осложнения, возникшие от действий или бездействии среднего медработника, нарушение сестринской технологии с последствиями для пациента <ul style="list-style-type: none"> – С тяжелыми – Средней тяжести – Легкими 	0,2 0,1 0,05	I-II-III уровень
10.	Нарушения, связанные с ведением учетно-отчетной документации. Дефекты в заполнении первичной медицинской документации	0,01	I-II уровень
11.	Для фельдшеров		
11.1	Отказ в приеме пациента	0,1	I-II уровень
11.2	Необоснованный отказ дежурного фельдшера от вызова	0,2	I-II уровень
11.3	Неправильная тактика фельдшера скорой помощи, фельдшера ведущего самостоятельный прием (не проведена показанная госпитализация, несвоевременная консультация	0,1	II-III уровень
11.3.1.	врача-специалиста, не сделаны необходимые функциональные и др. исследования и т.д.) С тяжелыми последствиями для пациента <ul style="list-style-type: none"> –со среднетяжелыми последствиями –без последствий 	0,2 0,1 0,05	I-II уровень I-II уровень
12.	Для лаборантов службы лучевой диагностики		
12.1.	Недостаточное использование возможностей методологического проведения исследований	0,1	I-II уровень
12.2.	Нарушение технологии проведения исследования, повлекшее за собой проведение повторного исследования	0,2	II-III уровень
13.	Для акушерок:		
13.1.	Разрыв матки в родах	0,2	II-III уровень
13.2.	Разрыв промежности III стадии в родах	0,1	I-II уровень
14.	Для лаборантов, фельдшеров-лаборантов		

14.1.	Расхождение лабораторных данных с контролем (выше предела допустимых расхождений)	0,1	I-II уровень
14.2.	Использование неунифицированных методик	0,1	I-II уровень
14.3.	Несвоевременное выполнение лабораторных исследований или несвоевременное выдача результатов	0,05	I-II уровень
15.	Для участковых медицинских сестер		
15.1.	Несвоевременное проведение, непроведение или некачественное проведение патронажей	0,1	I-II уровень
15.2.	Неукомплектованность сумок участковой медицинской сестры необходимым набором для оказания неотложной помощи	0,1	I-II уровень

Методика расчёта оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению структурными подразделениями и лечебно-профилактическими организациями в целом

Основную роль в оказании качественной медицинской помощи играет врачебный и средний медицинский персонал, квалификация и профессионализм деятельности которого определяют в основном её уровень. Кроме того, современные системы управления качеством медицинской помощи предполагают обязательный учёт мнения пациентов при решении его проблем. Поэтому качество медицинской помощи в лечебно-профилактической организации оценивается на основе экспертизы качества работы врачей и среднего медперсонала и изучения социальной удовлетворённости населения по поводу медицинского обслуживания.

На втором уровне контроля, оценка качества медицинской помощи, оказываемой населению врачами и структурными подразделениями осуществляется заместителями руководителя организации по лечебной работе, родовспоможению, медицинской реабилитации и экспертизе и др.

Показатели качества медицинской помощи структурных подразделений вычисляются как среднеарифметические значения уровней качества работы врачей, скорректированных с учётом мнения экспертов II уровня.

$$УКМП = \frac{\sum УКРВ}{N_B}$$

где: УКМП – уровень качества медицинской помощи, оказываемой структурным подразделением;

$\sum УКРВ$ – сумма уровней качества работы врачей отделения;

N_B - число врачей в отделении.

При этом учитываются положительные стороны и недостатки в деятельности врачей, выявленные экспертами в процессе текущей профессиональной деятельности.

На основании полученных данных разрабатываются мероприятия по улучшению качества работы структурных подразделений.

Уровень качества медицинской помощи, оказываемой организацией в целом (УКМО) вычисляется как среднеарифметическое значение уровней качества работы его структурных подразделений.

22. Методика изучения удовлетворённости пациентов качеством оказания медицинской помощи в Республике Беларусь

Экспертная оценка качества медицинской помощи дополняется изучением мнения пациентов и населения обслуживаемой территории по данному вопросу.

Качество медицинской помощи с позиций пациентов определяется двумя главными параметрами: качеством лечения и качеством обслуживания. Изучение общественного мнения о качестве и организации оказываемой поликлинической и стационарной медицинской помощи проводится в лечебных организациях и по месту жительства. Социологические исследования могут проводиться с использованием единовременного или текущего сбора информации сплошным или выборочным способом в зависимости от мощности лечебно-профилактической организации и целей исследования. Ежеквартально опрашиваются не менее 400 пациентов лечебно-профилактической организации.

Изучение общественного мнения о качестве и организации оказываемой амбулаторной и стационарной помощи проводится по специально разработанным анкетам (см. приложение 7–8).

При проведении опроса, администрация ЛПО обязана обеспечить его анонимность. В доступном для пациентов месте устанавливается опечатанный ящик для сбора заполненных анкет от пациентов нескольких отделений.

Опрашиваемые пациенты должны быть абсолютно уверены, что их мнение о качестве оказания медицинской помощи ни при каких условиях не станет известным лечащему врачу. Бланки анкет раздаются пациентам с таким расчётом, чтобы лечащий врач не знал, кто из пациентов участвовал в опросе.

При каждой из изучаемых позиций анкеты рассчитывается коэффициент социальной удовлетворённости пациентов определённым видом деятельности организации по следующей формуле:

$$K_{cy} = \frac{N_y}{N}$$

где: K_{cy} – коэффициент социальной удовлетворённости;
 N_y – число пациентов, удовлетворённых данным видом помощи;
 N – общее число опрошенных пациентов

Интегрированный коэффициент социальной удовлетворённости населения медицинской помощью организации в целом получается в результате суммирования коэффициентов его удовлетворённости отдельными видами помощи.

$$KI_{cy} = \frac{K_{cy1} + K_{cy2} + K_{cy3} + \dots + K_{cyN}}{\sum PP},$$

где: K_{cy} – интегрированный коэффициент социальной удовлетворённости;
 $K_{cy1} - \dots - K_{cyN}$ – коэффициент удовлетворённости населения отдельным видом медицинской помощи;
 $\sum PP$ – сумма рассматриваемых позиций.

Аналогично рассчитываются коэффициенты удовлетворённости врачей деятельностью вспомогательных лечебно-диагностических служб, административных и хозяйственных служб.

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой структурным подразделением лечебно-профилактической организации определяется как полусумма коэффициентов уровня качества медицинской помощи (УКМП), определённого экспертным путем, и коэффициента социальной удовлетворённости населения медицинской помощью (K_{cy}).

$$IK_{kmo} = \frac{УКМО + K_{cy}}{2}$$

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой организацией, в целом определяется как среднеарифметическое значение коэффициентов его структурных подразделений.

Интегрированный коэффициент качества медицинской помощи, оказываемой структурными подразделениями, используется для сравнения качества работы отделений лечебно-профилактической организации, объективной оценки качества работы ЛПО в целом, а также для дифференцирования оплаты труда медицинских работников, их материального и морального стимулирования.

23. Модель конечных результатов

В целях повышения качества медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактической организацией, была разработана специальная методика – модель конечных результатов (МКР). С учётом динамики анализируемых показателей в методику систематически вносятся корректировки, преимущественно путём конкретизации включаемых для анализа показателей (индикаторов) и их измерителей. Ежегодно откорректированный вариант вводится в действие приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Данная методика позволяет оценить работу отдельных медицинских организаций, а также провести сравнительный анализ районных, областных, республиканских ЛПО за определённый период.

Показатели качества медицинской помощи могут использоваться как один из инструментов стимулирования и мотивации медицинских работников.

Целевое планирование деятельности всех медицинских коллективов осуществляется на основе установленных прогнозируемых значений показателей результативности МКР, отражающих достижения каждым коллективом стоящих перед ним целей и выполнение им основных функций.

Оценка деятельности должна основываться на установленной степени достижения поставленных целей и выполнения функций, то есть показывать насколько реально достигнутые результаты соответствуют прогнозируемым значениям в деятельности оцениваемого коллектива за отчётный период.

Структура модели конечных результатов включает:

1. – Набор показателей, характеризующих результаты деятельности (то есть показатели здоровья и показатели деятельности).
2. – Прогнозируемый уровень (то есть уровень, с которым мы должны сравнивать показатели результативности).
3. – Шкала показателей численной оценки результатов деятельности.

Различают два вида показателей деятельности:

1. Показатели результативности (ПР). Характеризуют уровень достижения целей той или иной службой, подразделением, организацией здравоохранения.

При формировании набора показателей результативности отбираются основные показатели, в максимальной степени оценивающие конечный результат – состояние здоровья, сохранность и восстановление трудоспособности и т.д.

2. Показатели дефектов деятельности (ПД). Учитывают наиболее грубые нарушения в деятельности организаций здравоохранения и как показатели результативности индивидуальны для каждого типа медицинской организации.

Например, для стационара ПД являются послеоперационные осложнения, для поликлиники – случаи выявления пациентов в далеко зашедших стадиях болезни, обоснованные жалобы и т.д.

Прогнозируемый уровень устанавливается только для показателей результативности, так как показатели дефектов в норме должны быть равны нулю.

Прогнозируемый уровень устанавливается с учётом:

- многолетней динамики показателя;
- среднереспубликанского уровня;
- темпов предполагаемых изменений данного показателя, в результате планируемых организационных и лечебно-профилактических мероприятий в организации здравоохранения.

Прогнозируемое значение должно быть таково, чтобы его достижение потребовало от любого подразделения, отделения, организации здравоохранения, оцениваемого с помощью данной модели конечных результатов, значительных усилий, мобилизации ресурсов, резкого улучшения качества оказания медицинской помощи.

В дальнейшем, когда в процессе использования модели конечный результат улучшится, и прогнозируемый уровень будет, достигнут, он должен быть пересмотрен в сторону повышения. При установлении прогнозируемого уровня абсолютные значения не применяются, используются только относительные показатели: в процентах, на 1000, 10000 и т.д.

По сложившейся практике, итоги подводятся за 6, 9, 12 месяцев.

Пример расчёта КДР на основе модели конечных результатов N региона 2019–2020 гг.

№ № п/п	Наименование показателей	Единица измерения	Прогнозируемый уровень	Показатель	Оценка в баллах			Результат в баллах
					Прогноз уровня	отклонение		
						Знак	за единицу измерения (множитель)	
1. Показатели здоровья и деятельности								
1.	Показатель общей смертности за 2017 г.	случаев на 1000 населения	13,5	14,0	2	-	0,05	
	Показатель общей смертности за 2018 г.		13,5	12,5	2	-	0,05	
2.	Реабилитация	случаев на	6.0	7.5	3	+	0.1	

	инвалидов полная	100 имевших инвалидность						
2. Показатели дефектов								
1.	Обоснованные жалобы	случаев на 10 тыс. населения	0	6	0	-	6,0	

Оценка в баллах прогнозируемого уровня результативности устанавливается индивидуально, экспертным путём для каждого показателя и отражает ранговое значение (значимость) этого показателя среди прочих от 1 до 10 баллов.

Каждый показатель результативности имеет знак отклонения (+) или (–) и единицу измерения отклонения показателя (или множитель) в баллах.

Знак (–) показывает, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах будет уменьшаться и наоборот. Знак (+) отклонения указывает на то, что при увеличении фактического значения показателя относительно планового, оценка его в баллах будет увеличиваться, и наоборот.

Дефектов деятельности в организации быть не должно, поэтому плановые значения для них не устанавливаются. Каждый показатель дефектов имеет только отрицательный знак отклонения и оценку в баллах отклонения показателя за единицу.

Показатели дефектов измеряются как в относительных, так и в абсолютных величинах. Ранговые значения отдельных показателей дефектов определяются оценкой единицы измерения (множителем).

Методика вычисления:

1-й этап – оценка показателей результативности (ОПР)

1) Показатели численной оценки здоровья и деятельности на базе МКР основываются на сравнении реально достигнутых показателей результативности с прогнозируемым уровнем, разница умножается на оценку отклонения для данного показателя (множитель). Полученный балл складывается (вычитается) в зависимости от знака с оценкой норматива данного показателя, таким образом, вычисляется оценка выполнения конкретного показателя результативности.

Сумма этих оценок является итоговой оценкой выполнения показателя результативности.

$$\text{БАЛЛ} = \text{прогнозируем} \begin{matrix} \text{оценка} \\ \text{ого уровня} \end{matrix} \begin{matrix} + \\ - \end{matrix} \left(\begin{matrix} \text{показатель} \\ \text{текущего} \\ \text{периода} \end{matrix} - \begin{matrix} \text{прогноzir} \\ \text{уемый} \\ \text{уровень} \end{matrix} \right) \times \begin{matrix} \text{за единицу} \\ \text{измерения} \\ \text{(множитель)} \end{matrix}$$

$$\text{ОПР}_1 = 2 - (14,0 - 13,5) \times 0,05 = 1,975$$

Так, прогноз уровня показателя 14,5 оценивается в 2 балла. Отклонение равное 1 на 1000 населения оценивается в 0,05 балла. При этом знак (–) означает, что при увеличении значения показателя относительно прогнозируемого уровня оценка результата в баллах будет уменьшаться, а при уменьшении значения показателя относительно прогнозируемого уровня оценка результата в баллах будет увеличиваться

$$\text{ОПР}_2 = 2 + (13,5 - 12,5) \times 0,05 = 2,05$$

2-й этап – оценка показателей дефектов (ОПД)

Если за отчётный период были допущены дефекты деятельности, учитываемые в МКР, то соответствующие показатели умножаются на множитель, результаты всех дефектов суммируются, и получается итоговая оценка дефектов за расчётный период.

$$\text{БАЛЛ} = \frac{\text{показатель текущего года}}{\text{показатель базового года}} \times \left(\frac{\text{единица измерения}}{\text{множитель}} \right)$$

$$\text{ОПД} = 6 \times 6 = 36 \text{ баллов}$$

3-й этап – вычисление результативного балльного показателя оценки здоровья и деятельности – это сумма баллов каждого показателя оценки здоровья и деятельности.

$$\text{БРП} = \text{ОПР}_1 + \text{ОПР}_2 \text{ и т.д.}$$

4-й этап – вычисление балльного норматива показателя, который представляет сумму оценок прогноза уровней.

$$\text{БНП} = \text{ПУ}_1 + \text{ПУ}_2$$

$$\text{БНП} = 2 + 3 \text{ и т.д.}$$

5-й этап – вычисление дефектного балльного показателя, который представляет сумму баллов каждого показателя дефектов.

$$\text{БДП} = \text{ОПД}_1 + \text{ОПД}_2$$

6-й этап – расчёт коэффициента достижения результата (КДР).

$$\text{КДР} = \left(\frac{\text{Фактическое количество баллов (общ. сумма)}}{\text{количество штрафных очков (общ. сумма) (\sum \text{показателей дефектов})}} - 1 \right) / \sum \text{норматив}$$

- От суммы показателя результативности вычитаем сумму показателя дефектов.

- Для определения соответствия данного результата прогнозируемым показателям ОДР (оценка достигнутого результата) делится на сумму оценок нормативов показателей, то есть суммарное количество баллов, соответствующих показателю результативности.

Полученное число, как правило, десятичная дробь, так как по правильно сформированной модели её прогнозируемые значения должны быть труднодостижимы; это называется коэффициентом достижения результата, который показывает насколько деятельность оцениваемого коллектива соответствует предъявляемым к нему требованиям.

В данной системе реализована конкретная численная оценка степени выполнения планов на основе анализа конечных результатов деятельности, дифференцированная по типам органов управления здравоохранением, медицинских организаций, их подразделений, отражающая достижения целей и выполнения функций, то есть реализующая на практике требования системного подхода.

Система степени достижения целей и выполнения функций, выраженная КДР, используется при определении размеров материального стимулирования.

В случае, если сумма оценки показателей дефектов превысит сумму оценки показателей результативности и соотношение их приобретает отрицательное значение, материальное поощрение работникам ЛПО не выплачивается.

Градация коэффициента достижения результата

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Низкий уровень КДР | – от 0 до 0,19 включительно. |
| 2. Ниже среднего | – от 0,20 до 0,39 включительно. |
| 3. Средний уровень КДР | – от 0,40 до 0,59 включительно. |
| 4. Выше среднего | – от 0,60 до 0,79 включительно. |
| 5. Высокий уровень КДР | – от 0,80 и выше. |

Градуирование величин КДР позволит проводить сравнение степени достижения конечных результатов деятельности различными лечебно-профилактическими организациями, осуществлять контроль их работы и принимать в результате его проведения конкретные управленческие решения с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время коэффициент КДР учитывается при распределении премиального фонда среди лечебных организаций или среди подразделений внутри самой организации и имеет важное значение для определения единого фонда финансовых средств.

Образец выполнения типового задания по расчёту модели конечных результатов УЗ «БСМП»

Описание клинической ситуации: Главный врач УЗ «БСМП» поручил заведующему ОМК проанализировать показатели деятельности БСМП за год, для подведения итогов анализа качества и культуры медицинского обслуживания.

В целях повышения эффективности и качества работы сотрудников, объективной оценки деятельности БСМП, осуществления оперативного контроля показателей состояния здоровья населения и деятельности больницы, а также сокращения дефектов врачу-статистику поручено:

1. На основании исходных данных рассчитать показатели здоровья и деятельности и показатели дефектов.
2. Рассчитать коэффициент достижения результата.
3. Сделать выводы и принять конкретные управленческие решения с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП N области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,0	5	–	0,1	4,95
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,5	5	–	1,0	5,9

3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,0	5	—	0,2	5,4
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,1	3	—	0,1	3,01
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами	50,0	49,0	3	—	0,05	3,05
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,0	2	—	0,1	2,1
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	330,0	3	—	0,1	2,0
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	290,0	3	—	0,1	3,0
9. Средний срок лечения на	число дней лечения на	8,5	10,0	3	—	0,1	2,85

краткосрочных койках	краткосрочных койках						
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	2,5
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,0	2	+	0,1	1,6
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	21,0	5	+	0,05	4,8
13. Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	65,0	2	+	0,1	2,0
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	1,96
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	1,9
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	2,0

17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,3	2	+	0,5	1,9
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	75,0	2	+	0,1	2,0
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	70,0	70,0	2	+	0,1	2,0
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	1,9
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций +IV	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	–	0,1	0

стадии всех локализаций)							
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	–	2,0	0
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	–	0,3	0,3
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0	0	0	–	2,0	0
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	–	1,0	1,0

1-й этап – вычисление результирующего балльного показателя оценки здоровья и деятельности – это сумма баллов каждого показателя оценки здоровья и деятельности = 56,81.

2-й этап – вычисление дефектного балльного показателя, который представляет сумму баллов каждого показателя дефектов = 1,3.

3-й этап – вычисление балльного норматива показателя, который представляет сумму оценок прогноза уровней = 58.

4-й этап – расчёт коэффициента достижения результата (КДР).

$$\text{КДР} = 56,81 - 1,3 / 58 = 0,95$$

Вывод. На основании данных градации коэффициента достижения результата можно сделать вывод, что БСМП N области за 20.... год имеет высокий уровень КДР.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Показатель общей смертности предоставляется на основании данных главных статистических управлений территориальных органов Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Балльная оценка показателя рассчитывается с учётом поправочного коэффициента (ПК) на долю населения старше трудоспособного возраста административной территории за отчётный год по данным Национального статистического комитета РБ по состоянию на определённую дату (01.01) отчётного года.

ПК представляет собой отношение среднереспубликанского значения доли населения старше трудоспособного возраста области (г.

Минска), выраженный в %. Поправка рассчитывается по отношению к балльной оценке показателя и отражается в итоговой справке.

1	Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	число случаев на 1 000 населения	ежемесячно	12,5	5	–	0,1
2	Показатель смертности в трудоспособном возрасте	число умерших на 1 000 населения трудоспособного возраста	ежемесячно	3,9	2	–	1,0

Показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Число лиц, умерших в трудоспособном возрасте за отчётный год}}{\text{Число лиц трудоспособного возраста}} \times 1000$$

Показатель смертности в трудоспособном возрасте рассчитывается как отношение лиц, умерших в трудоспособном возрасте на основании данных Национального статистического комитета РБ за отчётный год к числу лиц трудоспособного возраста по данным Национального статистического комитета РБ по состоянию на определённую дату (01.01) отчётного года.

3	Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	ежемесячно	3,4	5	–	1,0
---	-------------------------------------	--	------------	-----	---	---	-----

Коэффициент младенческой смертности рассчитывается на основании данных главных статистических управлений территориальных органов статистики Национального статистического комитета РБ и «Методики по расчёту относительных статистических показателей естественного движения населения и коэффициента младенческой смертности, утверждённой Постановлением Национального статистического комитета РБ от 12.02.2013 г. № 14 (с изменениями от 16.03.2017 г. №10).

$$K(mt) = \frac{M\ 0t}{Nt} + \frac{M1t}{Nt-1} \times 1000,$$

где $M\ 0t$ – число детей, умерших в возрасте до 1 года из родившихся в том году, для которого вычисляется коэффициент;

M_{1t} – число детей, умерших в возрасте до 1 года из родившихся в предыдущем году;

N_t – число родившихся в том году, для которого вычисляется коэффициент;

N_{t-1} – число родившихся в предыдущем году;

t – год, за который производится расчёт;

$t-1$ – предыдущий год перед годом, за который производится расчёт.

4	Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте (0-17) лет на 100 000 детского населения	ежемесячно	37,0	5	–	0,2
---	-------------------------------	---	------------	------	---	---	-----

Показатель детской смертности предоставляется на основании данных главных статистических управлений территориальных органов статистики Национального статистического комитета РБ.

Показатель детской смертности за январь – декабрь рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число случаев смерти детей в возрасте 0–17 лет за январь – декабрь}}{\text{Численность детского населения в возрасте 0–17 лет на 01.01.отчётного года}} \times 100000$$

5	Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	ежемесячно	0,2	3	–	0,1
---	---	---------------------------------	------------	-----	---	---	-----

Показатель смертности по причине «Старость» рассчитывается как число умерших по причине «Старость» к численности населения:

$$\frac{\text{Число умерших по причине «Старость»}}{\text{Численность населения на 01.01.отчётного года}} \times 100$$

Число умерших по причине «Старость» соответствует строке 260 (номер по классификатору причин смерти) таблицы МС «Распределение умерших по причинам смерти (МКБ 10).

Численность населения на определённую дату (01.01) отчётного года предоставляется по данным Национального статистического комитета РБ.

6	Тяжесть первичной инвалидности и лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами	ежемесячно	50,0	3	–	0,05
---	---	--	------------	------	---	---	------

Показатель тяжести первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста рассчитывается как число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами.

$$\frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп}}{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами}} \times 100$$

Число лиц трудоспособного возраста, которые впервые признаны инвалидами 1 и 2 групп за отчётный период, соответствует сумме строк 02 и 03 граф 5 и 9 таблицы 1 «Результаты первичных освидетельствований граждан в возрасте 18 лет и старше» приложения 8 к приложению 2 к Соглашению об информационном взаимодействии между Национальным статистическим комитетом РБ и МЗРБ.

Число лиц трудоспособного возраста, которые впервые признаны инвалидами за отчётный период, соответствует сумме граф 5 и 9 строки 01 таблицы 1 «Результаты первичных освидетельствований граждан в возрасте 18 лет и старше» приложения 8 к приложению 2 к Соглашению об информационном взаимодействии между Национальным статистическим комитетом РБ и МЗ РБ.

7	Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	ежемесячно	20,0	2	–	0,1
---	--	---	------------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Число пациентов, умерших в течение года с момента установления диагноза}}{\text{Число пациентов, заболевших в предыдущем году злокачественными новообразованиями}} \times 100$$

Числитель и знаменатель представляются по данным областных отделений канцер-регистров на 31.12.отчётного года

8	Коэффициент исходов онкологических заболеваний	число умерших от злокачественных новообразований к числу пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на диспансерном учете (в %)	ежемесяч но	10,0	2	–	0,1
---	---	---	----------------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число лиц, умерших в отчётном году от злокачественных новообразований}}{\text{Число онкологических пациентов, состоящих на диспансерном учёте на начало отчётного периода + число онкологических пациентов, взятых на диспансерный учёт в отчётном периоде}} \times 100$$

9	Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	ежемесяч но	320, 0	3	–	0,1
---	--	---	----------------	-----------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число впервые выявленных взрослых пациентов с ОНМК на фоне АГ}}{\text{Численность взрослого населения на 01.01.отчётного года}} \times 100000$$

Число впервые выявленных взрослых пациентов с ОНМК на фоне АГ соответствует сумме строк 10.8.1А, 10.8.2А, 10.8.3А, 10.8.4А, 10.8.5А графы 3 таблицы формы 1– заболеваемость.

10	Смертность трудоспособного населения от ОНМК на фоне АГ	количество умерших пациентов трудоспособного возраста от ОНМК на фоне АГ к числу населения трудоспособного возраста на 100 000 населения	ежемесяч но	20,0	3	–	0,1
----	---	--	----------------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число умерших пациентов трудоспособного возраста от ОНМК на фоне АГ}}{\text{Численность трудоспособного населения на 01.01.отчётного года}} \times 100000$$

Число умерших пациентов трудоспособного возраста от ОНМК на фоне АГ соответствует сумме строк 147,149,151,153 (номер по

классификатору причин смертности) таблицы МС «Распределение умерших по причинам смерти (МКБ10).

11	Охват пациентов с ОНМК нейровизуализацией	Число пациентов прошедших нейровизуализацию к общему числу пациентов с ОНМК, в %	годовой	75,0	3	+	0,1
----	---	--	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число пациентов с ОНМК, прошедших нейровизуализацию}}{\text{Число пациентов с ОНМК}} \times 100$$

Число пациентов с ОНМК, прошедших нейровизуализацию, соответствует строке 7.0 раздела I « Деятельность неврологической службы».

12	Охват реабилитацией пациентов трудоспособного возраста после ОИМ, ОНМК, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических, травматологических и иных неинфекционных заболеваний	отношение количества пациентов в трудоспособном возрасте, направленных на стационарный этап реабилитации после ОИМ, ОНМК, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических, травматологических и иных неинфекционных заболеваний, к подлежащим реабилитации пациентам с указанной патологией (в %)	годовой	75,0	2	+	0,05
----	--	--	---------	------	---	---	------

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число пациентов трудоспособного возраста после ИМ, ОНМК, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических, травматологических и иных неинфекционных заболеваний, закончивших реабилитацию в стационарных отделениях медицинской реабилитации}}{\text{Число пациентов трудоспособного возраста нуждающихся в реабилитации в стационарных отделениях медицинской реабилитации после ИМ, ОНМК, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических, травматологических и иных неинфекционных заболеваний.}} \times 100$$

13	Эффективность психологического преабортного консультирования	Отношение числа женщин, обратившихся для проведения операции искусственного прерывания беременности в сроке до 12 нед. минус число женщин, которым выполнено прерывание беременности в сроке до 12 нед. к числу женщин, обратившихся для прерывания беременности в сроке до 12 нед	годовой	25,0	2	+	0,1
----	--	--	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число женщин, обратившихся для проведения операции искусственного прерывания беременности в сроке до 12 нед., которым выполнено преабортное психологическое консультирование} - \text{число женщин, которым выполнено прерывание беременности в сроке до 12 недель}}{\text{Число женщин, обратившихся для проведения операции искусственного прерывания беременности в сроке до 12 недель, которым выполнено преабортное психологическое консультирование}} \times 100$$

Число женщин, которым выполнено преабортное психологическое консультирование, соответствует строке 42, графы 1. Таблицы 3 «Сведения о преабортном психологическом консультировании женщин, обратившихся за проведением операции искусственного прерывания беременности в сроке до 12 недель» государственной статистической отчетности 1– аборт, «Отчёт о прерывании беременности в сроке до 22 недель».

14	Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1000 населения	ежеквартально	290,0	3	–	0,1
----	---	--	---------------	-------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число выездов СМП}}{\text{Численность постоянного населения на отчётный год в среднегодовом исчислении}} \times 100$$

Число случаев выезда бригад СМП соответствует строке 2,0 графы 2 раздела VI «Выполнение среднереспубликанских нормативов объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам

государственными организациями здравоохранения системы МЗ РБ за счёт средств бюджета службой СМП».

15	Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	ежемесячно	8,5	3	–	0,1
----	--	--	------------	-----	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число койко-дней, проведённых пролеченными пациентами (выписанные + умершие) в стационарных условиях на краткосрочных койках}}{\text{Число пациентов, пролеченных в стационарных условиях на краткосрочных койках}} \times 100$$

16	Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	годовой	75,0	3	+	0,5
----	----------------------------	--	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число врачей общей практики}}{\text{Число врачей-терапевтов участковых, работающих в системе оказания первичной медицинской помощи + число врачей общей практики}} \times 100$$

17	Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	годовой	90,0	2	+	0,1
----	---	---	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число врачей работающих в АПО здравоохранения, имеющих возможность выписки электронных рецептов на лекарственные средства}}{\text{Общее число врачей, работающих в АПО здравоохранения, выписывающих рецепты}} \times 100$$

18	Доля проведенных телемедицинский консультаций с использованием республиканской системы телемедицинского консультирования	% от количества поступивших заявок на проведение телеконсультации	годовой	100,0	2	+	0,1
----	--	---	---------	-------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число проведенных телемедицинский консультаций с использованием республиканской системы телемедицинского консультирования}}{\text{Общее количество поступивших заявок на проведение телеконсультаций}} \times 100$$

19	Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	годовой	75,0	2	+	0,1
----	--	---------------------------------------	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число врачей, работающих в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента}}{\text{Общее число врачей-специалистов, работающих в государственных организациях здравоохранения}} \times 100$$

20	Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	годовой	25,0	5	+	0,05
----	---	--------------------------	---------	------	---	---	------

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Количество процедур донации крови на безвозмездной основе}}{\text{Количество процедур донации крови всего}} \times 100$$

21	Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	годовой	70,0	2	+	0,1
----	--	---	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов}}{\text{Оценочное число ВИЧ-позитивных пациентов}} \times 100$$

22	Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	годовой	98,0	2	+	0,1
----	---	---	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число пациентов с ВИЧ-инфекцией, согласно Республиканскому регистру ВИЧ-инфицированных пациентов}}{\text{Число пациентов с ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учёте}} \times 100$$

23	Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	годовой	65,0	2	+	0,1
----	--	------------------------------	---------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число парасуицидов, зарегистрированных в организациях здравоохранения региона}}{\text{Численность населения на 01.01.отчётного года}} \times 100$$

24	Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов	годовой	1,4	2	+	0,2
----	--	--	---------	-----	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Экспорт медицинских услуг (тыс.долларов США) за отчётный период}}{\text{Численность населения на 01.01.отчётного года}}$$

25	Показатель роста средней заработной платы работников	% к уровню предыдущего года	годовой	105,0	2	+	0,1
----	--	-----------------------------	---------	-------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Среднемесячная заработная плата работников за отчётный период}}{\text{Среднемесячная заработная плата работников за прошлый год}} \times 100$$

26	Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	квартальн ый	99,0	2	+	0,1
----	---	--	-----------------	------	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Фактическое выполнение норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчёте на одного жителя за отчётный период}}{\text{Годовой план, установленный местными органами управления в расчёте на одного жителя на 01.01.отчётного года (руб.)}} \times 100$$

27	Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	годовой	1,5	2	+	0,5
----	---	------------------------------	---------	-----	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)}}{\text{Численность населения на 01.01.отчётного года}} \times 100000$$

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕФЕКТОВ

1	Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	ежемесячно	0	0	–	0,1
---	---	---------------------------------------	------------	---	---	---	-----

Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в III стадии визуальных локализаций и IV стадии всех локализаций}}{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями}} \times 100$$

2	Материнская смертность	число случаев	ежемесячно	0	0	–	2,0
---	------------------------	---------------	------------	---	---	---	-----

Показатель материнской смертности (число беременных, рожениц и родильниц, умерших от всех причин за исключением несчастного случая или случайно возникшей причины) определяется по данным Национального статистического комитета РБ (таблица МС «Распределение умерших по причинам смерти (МКБ–10) по классу XV «Осложнения беременности, родов и послеродового периода» номера 215–225 по краткой номенклатуре причин смерти МКБ –10).

3	Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	годовой	0	0	–	0,3
---	--	---------------	---------	---	---	---	-----

Случаи смерти пациентов от внешних причин в организациях здравоохранения, оказывающей стационарную помощь, рассчитывается согласно поступившей информации о количестве случаев смерти пациентов от внешних причин в стационарах региона по форме «Донесение о возникновении инцидента, аварий или чрезвычайной ситуации природного и техногенного характера» в соответствии с приложением 1 к приказу МЗРБ от 29.01.2007 г №54 «О порядке сбора информации в области защиты населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера и её представлении».

4.	Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	годовой	0	0	–	2,0
----	------------------------------------	--	---------	---	---	---	-----

Число случаев коррупционных нарушений представляется на основании данных региональных органов внутренних дел.

5	Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	годовой	0	0	–	1,0
---	--	---------	---------	---	---	---	-----

К обоснованным относятся жалобы граждан по вопросам деятельности организаций здравоохранения и органов управления здравоохранением, поступившие и рассмотренные МЗ РБ и в которых факты полностью подтвердились.

Сведения о количестве обоснованных жалоб граждан предоставляются по данным главных управлений по здравоохранению облисполкомов и комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В начале XXI века вопрос качества в сфере оказания медицинских услуг стал рассматриваться как приоритетный. Проблемой многих медицинских организаций является низкая мотивация медицинского персонала, вследствие чего большая доля пациентов остаётся неудовлетворённой оказываемой медицинской помощью. Медицинские работники часто не стремятся проявлять инициативу и творчество в своей деятельности, в полной мере брать на себя ответственность за принимаемые и реализуемые на практике решения. Такая ситуация не может удовлетворять общество.

Медицина – это особая сфера деятельности, которая находит выражение в многовариантности технологий, используемых в работе с пациентом, в особой значимости биоэтических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, в принципиально важной роли работников здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи. Отсюда и вытекает сложность управления качеством медицинских услуг и, соответственно, моделирования результатов деятельности медицинских организаций.

Возникла объективная необходимость разработки и внедрения новой системы управления деятельностью персонала ЛПО на основе совпадения интересов всех субъектов сферы здравоохранения. Системная концепция контроля на основе индикаторов качества оказания медицинской помощи, постоянная работа по обеспечению качества и мониторинг доказывают на современном этапе свою эффективность.

Нам представляется, что метод непрерывного управления качеством в здравоохранении, основанный на партнёрстве администрации медицинских организаций, медицинского персонала и пациентов, является инновационным и отвечает вызовам сегодняшнего дня.

IX. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО АНАЛИЗУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МКР

№ 1

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,5	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,2	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,3	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных	50,0	49,7	3	-	0,05	

	инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,4	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	335,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	280,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	10,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	88,0	2	+	0,1	

12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	23,0	5	+	0,05	
13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	65,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,2	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	75,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной	отношение числа взрослых и детей, охваченных	70,0	71,0	2	+	0,1	

терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0	1	0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0		0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0	0	0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 2

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,2	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	39,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,2	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	47,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,2	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	293,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	11,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	73,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	25,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	62,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,6	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,2	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	74,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,1	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,4	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0	1	0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0		0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 3

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,6	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	34,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,13	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,9	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	330,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	296,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	12,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,9	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,5	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	73,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	69,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0		0	-	1,0	

№ 4

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,9	5	-	0,1	
2. Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	32,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,3	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	21,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	289,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	26,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	62,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	78,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	71,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	98,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IVстадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0	1	0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 5

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,0	5	-	0,1	
2. Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,8	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,1	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	16,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	276,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	12,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	21,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	97,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,3	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,2	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 6

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,1	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	21,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	331,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	11,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	75,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	91,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	63,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному	70,0	70,0	2	+	0,1	

лечении	числу ВИЧ- позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ- инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,8	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,1	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	20,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	75,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	91,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному	70,0	70,0	2	+	0,1	

лечении	числу ВИЧ- позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ- инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 8

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,1	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,3	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,15	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,9	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,9	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	10,4	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,5	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	22,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,32	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,2	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 9

Модель конечных результатов деятельности здравоохранения БСМП № области за 20.... год

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,9	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,15	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,9	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,9	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	295,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	10,4	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	88,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	25,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 10

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2. Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,2	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,8	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,7	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	296,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,4	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,9	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,5	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,2	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	69,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 11

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,9	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,9	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,17	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,8	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	330,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	10,7	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,3	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 12

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,9	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,14	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,8	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,8	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	21,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному	70,0	69,0	2	+	0,1	

лечении	числу ВИЧ- позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ- инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0	1	0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0		0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 13

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,12	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,8	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,9	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	71,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	69,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	98,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 14

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,1	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	21,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	330,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	296,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	8,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	91,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,6	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	98,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,4	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 15

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,8	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	3	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,18	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	21,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	294,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,5	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,9	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,1	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,4	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 16

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,3	5	-	0,1	
2. Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,9	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,17	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных	50,0	49,0	3	-	0,05	

	инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,9	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	296,6	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	8,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	88,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	
13. Выявляемость парасуицидов в организациях	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	

здравоохранения региона							
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	98,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,36	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ- позитивных пациентов, нуждающихся в лечении	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусно й терапией, к оценочному числу ВИЧ- позитивных пациентов,	70,0	70,0	2	+	0,1	

	нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,8	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IVстадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 17

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,9	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,19	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	50,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,8	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	296,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	8,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	90,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	23,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,3	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,6	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	69,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0	1	0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 18

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	13,2	5	-	0,1	
2. Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	3	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	36,0	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,18	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	51,0	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,9	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	310,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	292,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,0	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	89,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,2	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,0	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,3	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	74,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к оценочному	70,0	70,0	2	+	0,1	

лечении	числу ВИЧ- позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ- инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,0	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

№ 19

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	3,5	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,9	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,15	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,9	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,7	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	315,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	293,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	7,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,6	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	91,0	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	23,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,7	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,1	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,35	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	75,2	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	70,1	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,9	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0	1	0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0		0	-	1,0	

№ 20

**Модель конечных результатов деятельности здравоохранения
БСМП № области за 20.... год**

Наименование показателей	Единица измерения	Прогнози- руемый уровень	Фактическое значение	Оценка в баллах			Результат в баллах
				Прогноз уровня	отклонен ия		
					знак	за единицу	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели здоровья и деятельности							
1. Показатель общей смертности, с учётом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста	умерших на 1 000 населения	12,5	12,0	5	-	0,1	
2.Коэффициент младенческой смертности	число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми младенцев	3,4	2,9	5	-	1,0	
3. Показатель детской смертности	число умерших детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детского населения	37,0	35,7	5	-	0,2	
4. Показатель смертности по причине «старость»	число случаев на 1000 населения	0,2	0,16	3	-	0,1	
5. Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	% числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного	50,0	49,9	3	-	0,05	

	возраста, впервые признанных инвалидами						
6. Одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями	число умерших в течение года пациентов с момента установления диагноза в % к вновь заболевшим в предыдущем году	20,0	19,0	2	-	0,1	
7. Первичная заболеваемость ОНМК на фоне АГ	количество впервые заболевших к численности взрослого населения на 100 000 населения	320,0	330,0	3	—	0,1	
8. Показатель выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП)	число выездов бригад СМП на 1 000 населения	290,0	291,0	3	—	0,1	
9. Средний срок лечения на краткосрочных койках	число дней лечения на краткосрочных койках	8,5	9,0	3	-	0,1	
10. Доля врачей общей практики	число ВОП в общем количестве врачей-терапевтов участковых, (%)	75,0	74,8	3	+	0,5	
11. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность выписки рецептов на лекарственные средства в электронном виде	% от общего числа врачей первичного звена, выписывающих рецепты	90,0	86,9	2	+	0,1	
12. Заготовка донорской крови на безвозмездной основе	% безвозмездных кроводач	25,0	24,0	5	+	0,05	

13.Выявляемость парасуицидов в организациях здравоохранения региона	Случаев на 100 000 населения	65,0	64,0	2	+	0,1	
14. Выполнение показателя экспорта медицинских услуг	сумма в долларах США на 1 жителя крупных городов (Витебск, Полоцк, Орша, Новополоцк)	1,4	1,3	2	+	0,2	
15. Показатель роста средней заработной платы работников	в% к уровню предыдущего года	105,0	104,0	2	+	0,1	
16. Показатель выполнения норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя	% выполнения годового плана, установленного местными органами управления	99,0	99,1	2	+	0,1	
17. Число случаев эффективных заборов донорских органов и тканей для трансплантации (за исключением доноров костного мозга)	Случаев на 100 000 населения	1,5	1,39	2	+	0,5	
18. Доля врачей в государственных организациях здравоохранения, имеющих возможность внесения сведений в электронную медицинскую карту пациента	% от общего числа врачей специалистов	75,0	76,0	2	+	0,1	
19. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов,	отношение числа взрослых и детей, охваченных комбинированной антиретровирусной терапией, к	70,0	71,0	2	+	0,1	

нуждающихся в лечении	оценочному числу ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении						
20. Полнота наполнения базы данных Республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов	% внесенной информации в базу данных от подлежащих внесению	98,0	97,9	2	+	0,1	
Показатели дефектов							
1. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадии всех локализаций)	% к общему числу выявленных пациентов	0		0	-	0,1	
2. Материнская смертность	число случаев	0		0	-	2,0	
3. Случаи смерти пациентов от внешних причин в организации здравоохранения, оказывающей стационарную помощь	число случаев	0	1	0	-	0,3	
4. Показатель коррупционных нарушений	число случаев коррупционных нарушений, установленных судом	0		0	-	2,0	
5. Обоснованные жалобы, установленные МЗ РБ	случаев	0	1	0	-	1,0	

Х. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Основы организации системы контроля качества медицинской помощи пациентам в организациях здравоохранения.
2. Нормативно-правовое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь.
3. Врачебные ошибки и ятрогении в медицинской практической деятельности. Чек-лист, как способ борьбы с врачебными ошибками.
4. Понятие «качества медицинской помощи», его характеристики.
5. Трёхэтапная модель формирования и эффективного функционирования системы представления качественной медицинской помощи.
6. Концепция всеобщего менеджмента качества, её развитие. Стандарты качества ISO. Стандарты качества медицинской помощи.
7. Модели управления качеством медицинской помощи.
8. Триада индикаторов Ав. Донабедиана.
9. Структура и основные компоненты управления.
10. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения.
11. Контроль качества медицинской помощи. Компоненты и виды контроля.
12. Экспертная оценка качества медицинской помощи.
13. Модели обеспечения качества медицинской помощи.
14. Система управления качеством медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь.
15. Индикаторы как инструмент оценки качества оказания медицинской помощи.
16. Вневедомственный контроль качества. Лицензирование, сертификация и аккредитация как инструменты обеспечения качества медицинской помощи.
17. Методика проведения ведомственного экспертного контроля и оценки качества медицинской помощи в Республике Беларусь.
18. Методика расчёта уровня качества медицинской помощи конкретному пациенту.
19. Методика расчёта оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению средними медицинскими работниками ЛПО.
20. Методика изучения удовлетворённости пациентов качеством оказания медицинской помощи.
21. Методика оценки деятельности ЛПО на основе моделей конечных результатов.

22. Структура модели конечных результатов. Практическое значение МКР для определения уровня эффективности оказанной медицинской помощи.
23. Показатели результативности и показатели дефектов.
24. Методика расчёта показателей результативности.
25. Методика расчёта показателей дефектов.
26. Расчёт коэффициента достижения результата (КДР). Градация коэффициента достижения результата.

XI. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Чек-лист, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения
и адаптированный для ГКБ имени С.С. Юдина

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности  Всемирная организация здравоохранения Безопасность пациентов <small>Этот чек-лист является частью пакета инструментов для обеспечения безопасности пациентов</small> 		
До начала анестезии <small>(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)</small>	До рассечения кожи <small>(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)</small>	До того, как пациент покинет операционную <small>(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)</small>
Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие? <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль.	Медсестра устно подтверждает:
Маркировано ли место операции? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение.	<input type="checkbox"/> Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен
Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии? <input type="checkbox"/> Да	Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 60 минут? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	<input type="checkbox"/> Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента)
Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует? <input type="checkbox"/> Да	Ожидаемые критические события	<input type="checkbox"/> Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения
Имеется ли у пациента:	С точки зрения хирурга:	Хирург, анестезиолог и медсестра:
Известная аллергия? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Критические или неожиданные меры?	<input type="checkbox"/> Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?
Проблемы дыхательных путей или риск аспирации? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, и имеется оборудование/необходимая помощь	<input type="checkbox"/> Длительность операции?	
Риск кровопотери >500мл (7мл/кг у детей)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, предусмотрены два устройства для ВВ / центрального доступа и жидкости для вливания	<input type="checkbox"/> Ожидаемая кровопотеря?	
	С точки зрения анестезиолога:	
	<input type="checkbox"/> Специфичные для данного пациента проблемы?	
	С точки зрения операционных сестер:	
	<input type="checkbox"/> Стерильность (включая показания приборов) подтверждена?	
	<input type="checkbox"/> Проблемы с оборудованием или иные вопросы?	
	Визуализация необходимых изображений обеспечена?	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не применимо	

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Страница из переведённого сборника чек-листов Гарвардской школы здравоохранения и Brigham and Women's Hospital

3

БРАДИКАРДИЯ - Нестабильная

ЧСС <50 мин-1 с гипотонией | острое изменение уровня сознания шок | дискомфорт в грудной клетке или острая сердечная недостаточность

- 1

Позвать на помощь и объявить экстренную ситуацию
 - ▶ Спросить: «Кто руководит ситуацией?»
- 2

Включить 100% кислород
 - ▶ Проверить адекватность вентиляции/оксигенации
- 3

Ввести атропин
 - ▶ Начать инфузионную терапию и/или ускорить темп инфузии
- 4

Прекратить хирургическое вмешательство (если лапароскопия, выпустить газ)
- 5

Если введение атропина неэффективно:
 - ▶ Начать инфузию дофамина или адреналина - ИЛИ -
 - ▶ Начать чрескожную электростимуляцию (TCP)
- 6

Рассмотреть действия:
 - ▶ **Выключить** летучие анестетики, если пациент остаётся нестабильным
 - ▶ **Вызвать** консультанта (кардиолога)
 - ▶ **Исключить** действие препаратов (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, дигоксин и т.д.)
 - ▶ **Вызвать** кардиолога, если подозревается острый инфаркт миокарда (по ЭКГ)

ДОЗЫ препаратов и лечение	
Атропин	0,5 мг в/в, можно повторить до общей дозы 3 мг
Адреналин или Дофамин	2-10 мкг/мин в/в 2-10 мкг/кг/мин в/в
ПЕРЕДОЗИРОВКА, лечение	
Бета-блокаторы	Глюкагон 2-4 мг в/в быстро
Блокаторы кальциевых каналов	Кальция хлорид 1 г в/в

Критические изменения	
Асистолия/ЭМД	→ ПЕРЕЧЕНЬ 4

Во время реанимации	
Дыхательные пути	доступ/безопасность
Циркуляция	Адекватный в/в доступ или в/к Возможно использование быстрой инфузионной терапии

ЧРЕСКОЖНАЯ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ инструкция	
1	Разместите электроды для стимуляции спереди и сзади
2	Подключите 3-электрода ЭКГ от стимулятора ритма к пациенту
3	Переключите монитор/дефибрилятор в режим «PACER»
4	Установите частоту до 80 / мин (откорректируйте, по ЭКГ-ответу)
5	Начните с 60 мА выходного сигнала PACER OUTPUT и увеличьте до электрического захвата
6	Установите итоговую силу тока на 10 мА выше начальной силы тока захвата
7	Подтвердите эффективный захват • Электрически: оценка ЭКГ кривой • Механически: пальпация пульса на бедре (каротидный пульс ненадежный)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Постановление Совета Министров РБ. Об утверждении перечня процедур (исследований, манипуляций), относящихся к работам и услугам, составляющим лицензируемую медицинскую деятельность

Зарегистрировано в НРПА РБ 15 марта 2011 г. N 5/33464

В соответствии с частью второй пункта 320 Положения о лицензировании отдельных видов деятельности, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 1 сентября 2010 г. N 450 "О лицензировании отдельных видов деятельности", Совет Министров Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый перечень процедур (исследований, манипуляций), относящихся к работам и услугам, составляющим лицензируемую медицинскую деятельность.
2. Министерству здравоохранения обеспечить приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим постановлением и принять иные меры по его реализации.
3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Премьер-министр Республики Беларусь М. Мясникович

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Совета Министров
Республики Беларусь
12.03.2011 № 309

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОЦЕДУР (ИССЛЕДОВАНИЙ, МАНИПУЛЯЦИЙ), ОТНОсяЩИХся К РАБОТАМ И УСЛУГАМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ЛИЦЕНЗИРУЕМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ <*>

1. Физиотерапия:
 - 1.1. электролечение:
 - 1.1.1. гальванизация;
 - 1.1.2. электрофорез постоянным, импульсными токами;
 - 1.1.3. гидрогальванические ванны;
 - 1.1.4. электродиагностика;

- 1.1.5. электростимуляция;
- 1.1.6. транскраниальная электротерапия;
- 1.1.7. диадинамотерапия;
- 1.1.8. амплипульстерапия;
- 1.1.9. интерференцтерапия;
- 1.1.10. короткоимпульсная электроаналгезия;
- 1.1.11. электротерапия импульсными токами низкой частоты;
- 1.1.12. электромезотерапия (безинъекционная), гидрофорез;
- 1.1.13. электролиполиз;
- 1.1.14. ультратонотерапия;
- 1.1.15. дарсонвализация;
- 1.1.16. франклинизация;
- 1.1.17. инфитатерапия;
- 1.1.18. индуктотермия;
- 1.1.19. ультравысокочастотная терапия;
- 1.1.20. микроволновая, радиочастотная терапия;
- 1.1.21. высокотоновая терапия;
- 1.1.22. магнитотерапия;
- 1.2. светолечение:
 - 1.2.1. ультрафиолетовое облучение;
 - 1.2.2. видимое, инфракрасное облучение;
 - 1.2.3. лазеротерапия;
- 1.3. воздействие факторами механической природы:
 - 1.3.1. ультразвуковая терапия;
 - 1.3.2. локальная баротерапия;
 - 1.3.3. пневмокомпрессионная терапия;
 - 1.3.4. вакуум-терапия;
 - 1.3.5. вибротерапия, в том числе электростатическим полем;
 - 1.3.6. ударно-волновая терапия;
 - 1.3.7. аппаратная тракционная терапия;
 - 1.3.8. бесконтактный гидромассаж;
 - 1.3.9. механический аппаратный массаж на массажной кушетке, массажном кресле;
 - 1.3.10. роликово-вакуумный массаж;
- 1.4. ингаляционная терапия:
 - 1.4.1. гипокситерапия, оксигенотерапия;
 - 1.4.2. озонотерапия;
- 1.5. гидробальнеотерапия:
 - 1.5.1. кишечное промывание;
 - 1.5.2. колоногидротерапия;
 - 1.5.3. вытяжение в воде;
- 1.6. термолечение:
 - 1.6.1. термотерапия аппаратная, в том числе в SPA-капсуле;
 - 1.6.2. криотерапия.
- 2. Косметология:

- 2.1. химический пилинг кожи лица, шеи, тела (поверхностный, локальный глубокий, срединного уровня);
- 2.2. мезотерапия кожи;
- 2.3. химическая деструкция, криодеструкция доброкачественных новообразований кожи;
- 2.4. криодеструкция рубцов;
- 2.5. криодеструкция телеангиоэктазий, участков гиперпигментации, гиперкератоза, доброкачественных новообразований кожи;
- 2.6. механическое удаление контагиозного моллюска;
- 2.7. электрокоагуляция, радиокоагуляция, плазменная деструкция доброкачественных новообразований кожи вирусной этиологии (бородавка, папиллома, кондилома, контагиозный моллюск);
- 2.8. электрокоагуляция, радиокоагуляция, плазменная деструкция доброкачественных новообразований кожи и красной каймы губ (сосудистых, пигментных и прочих);
- 2.9. электрокоагуляция, радиокоагуляция, плазменная деструкция воспалительных инфильтратов кожи (угрей, нагноившихся кист сальных желез и прочих);
- 2.10. электрокоагуляция, радиокоагуляция, плазменная деструкция, фотокоагуляция, лазерная коагуляция телеангиоэктазий, участков гиперпигментации и гиперкератоза кожи;
- 2.11. электрокоагуляция, радиокоагуляция, фотодеструкция рубцов после перенесенных воспалительных заболеваний кожи;
- 2.12. устранение пигментной импрегнации кожи (татуировка и прочее) методами электрокоагуляции, радиокоагуляции, плазменной деструкции, лазерной деструкции, лазерного обесцвечивания;
- 2.13. инъекционная коррекция функциональных морщин, локального гипергидроза, в том числе препаратами на основе ботулотоксина;
- 2.14. газожидкостный пилинг.
3. Пластическая эстетическая хирургия:
 - 3.1. хирургическая коррекция возрастных и приобретенных изменений:
 - 3.1.1. лица, шеи и их областей;
 - 3.1.2. тела и конечностей;
 - 3.2. хирургическая коррекция формы и размеров:
 - 3.2.1. лица, шеи и их областей;
 - 3.2.2. носа;
 - 3.2.3. ушных раковин;
 - 3.2.4. молочной железы (мастопексия, увеличивающая маммопластика имплантатом (эндопротезом), уменьшающая маммопластика);
 - 3.2.5. передней брюшной стенки;
 - 3.2.6. частей тела с помощью имплантатов (эндопротезов);
 - 3.2.7. наружных половых органов;
 - 3.2.8. рубцов;
 - 3.3. хирургическая коррекция формы и размеров частей тела с помощью липосакции, липомоделирования, липофилинга;

- 3.4. удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки с пластическим устранением дефекта;
- 3.5. эндоскопическая эстетическая хирургическая коррекция:
 - 3.5.1. лица, шеи и их областей;
 - 3.5.2. тела и конечностей;
- 3.6. лазерная эстетическая хирургия:
 - 3.6.1. возрастных изменений кожи;
 - 3.6.2. рубцов;
 - 3.6.3. доброкачественных и сосудистых новообразований кожи, телеангиоэктазий;
 - 3.6.4. глубокой пигментной импрегнации кожи;
 - 3.6.5. коагуляция варикозных вен нижних конечностей (I - IV стадии по Международной классификации хронических заболеваний вен нижних конечностей CEAP);
- 3.7. малоинвазивные методики коррекции возрастных и приобретенных изменений:
 - 3.7.1. лигатурная пластика;
 - 3.7.2. коррекция алопеции с помощью аутотрансплантации волос;
 - 3.7.3. дермабразия кожи (механическая, термическая, химическая);
 - 3.7.4. контурная коррекция дефектов (деформаций) имплантатом, аутотрансплантатом.

<*> Осуществляются при амбулаторном и (или) стационарном оказании медицинской помощи детскому и (или) взрослому населению в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 1 сентября 2010 г. № 450 "О лицензировании отдельных видов деятельности" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 212, 1/11914).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Работы и услуги, составляющие лицензируемую медицинскую деятельность установлены пунктом 26 Перечня видов деятельности на осуществление которых требуются специальные разрешения (лицензии) и уполномоченных на их выдачу государственных органов и государственных организаций (Приложение 1 к Положению о лицензировании отдельных видов деятельности утвержденному Указом Президента Республики Беларусь от 1 сентября 2010 г. № 450):

- акушерство
- аллергология и иммунология
- анестезиология и реаниматология
- вакцинация
- венерология
- гастроэнтерология
- гематология
- генетика
- гинекология
- дерматология
- диагностика:
 - лабораторная:
 - общеклинические (неинвазивные) методы исследования
 - биохимические методы исследования
 - микробиологическая
 - гематологическая
 - генетическая
 - иммунологическая
 - цитологическая
 - клинико- морфологическая (гистологическая)
 - паразитологическая
 - ВИЧ-диагностика
 - лучевая:
 - рентгенологическая
 - радионуклидная
 - компьютерная томография
 - магнитно-резонансная томография
 - ультразвуковая
- тепловидение
- функциональная
- эндоскопическая
- забор, трансплантация тканей:
 - забор тканей
 - трансплантация тканей
 - организация донорства крови заготовка переработка хранение крови её компонентов и препаратов из донорской крови

- инфекционные болезни
- кардиология
- комбустиология
- косметология
- лечебная физкультура
- лечебный массаж
- наркология
- неврология
- нетрадиционная медицинская деятельность:
 - гомеопатия
 - мануальная терапия
 - рефлексотерапия
- нефрология
- общая врачебная практика
- онкология, в том числе:
 - лучевая терапия
 - маммология
 - онкогематология
- ортопедия
- оториноларингология в том числе сурдология
- офтальмология
- педиатрия в том числе неонатология
- проктология в том числе колопроктология
- профпатология
- протезирование:
 - молочной железы
 - суставов
 - глазное
 - ушное
- психиатрия
- психотерапия
- пульмонология
- радиология
- реабилитология
- ревматология
- скорая медицинская помощь
- стоматология:
 - терапевтическая
 - хирургическая
 - ортодонтическая
 - ортопедическая
 - зуботехнические работы
- терапия
- токсикология

- травматология
- урология в том числе андрология
- физиотерапия
- фтизиатрия
- хирургия, в том числе:
 - ангиохирургия
 - детская
 - кардиохирургия
 - нейрохирургия
 - офтальмология хирургическая в том числе микрохирургия
 - пластическая эстетическая
 - рентгено-эндоваскулярная
 - торакальная
 - челюстно-лицевая
 - эндоскопическая хирургия
- экстракорпоральные методы лечения в том числе:
 - гемосорбция
 - диализ (острый и хронический гемодиализ)
 - плазмаферез
- эндокринология.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Приложение
к приказу
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
20 января 2020 № 35

ИНСТРУКЦИЯ о порядке применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз

РАЗДЕЛ I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция определяет порядок применения критериев оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – критерии) в ходе осуществления оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз (далее – оценка качества).

2. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Инструкцией о порядке организации и проведения оценки качества оказания медицинской помощи и медицинских экспертиз, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 декабря 2018 г. № 90.

3. В ходе осуществления оценки качества применяются критерии, установленные настоящей Инструкцией, и (или) рассматриваются иные вопросы, подлежащие оценке, определяемые оценивающим субъектом.

4. В ходе осуществления оценки качества применяются три группы критериев:

- по условиям оказания медицинской помощи;
- по классам болезней;
- по проведению медицинских экспертиз.

5. Критерии применяются при осуществлении текущей, целевой и повторной оценки качества.

6. Критерии применяются оценивающим субъектом:

отделом контроля качества оказания медицинской помощи государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» (далее – РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации);

отделами оценки качества оказания медицинской помощи областных (г. Минска) медико-реабилитационных экспертных комиссий (далее – отделы оценки качества МРЭК);

врачебно-консультационными комиссиями государственных организаций здравоохранения (далее – ВКК организаций здравоохранения).

7. Оценивающие субъекты в ходе осуществления текущей, целевой и повторной оценки качества применяют критерии, установленные разделами II–IV настоящей Инструкции.

8. Критерии, установленные разделом II настоящей Инструкции, применяются ВКК организаций здравоохранения в ходе осуществления текущей и (или) целевой оценки качества со следующей периодичностью:

8.1. не реже 1 раза в год критерии, установленные пунктом 22 главы 1 и пунктом 29 главы 3;

8.2. не реже 1 раза в 6 месяцев критерии, установленные пунктом 23 главы 1, пунктом 30 главы 3 и пунктом 33 подраздела 4;

8.3. не реже 1 раза в 3 месяца критерии, установленные главами 2 и 4, пунктом 32 подраздела 3.

9. Критерии, установленные разделом III настоящей Инструкции, применяются ВКК организаций здравоохранения в ходе осуществления текущей и (или) целевой оценки качества при оценке совокупности законченных случаев оказания медицинской помощи (далее – законченные случаи) и (или) отдельного законченного случая с периодичностью не реже 1 раза в 6 месяцев.

Объем законченных случаев, подлежащих оценке качества, определяется ВКК организаций здравоохранения.

10. Критерии, установленные разделом IV настоящей Инструкции, применяются ВКК организаций здравоохранения в ходе осуществления текущей и (или) целевой оценки качества с периодичностью не реже 1 раза в год.

11. Критерии, установленные разделами II–IV настоящей Инструкции, применяются ВКК организаций здравоохранения в ходе осуществления повторной оценки качества с периодичностью, установленной результатами текущей и (или) целевой оценки качества.

12. Отделы оценки качества МРЭК в ходе осуществления целевой и (или) повторной оценки качества применяют критерии, установленные разделом II–IV настоящей Инструкции с периодичностью, установленной планом работы.

13. Критерии, установленные разделом III настоящей Инструкции, применяются отделами оценки качества МРЭК в ходе осуществления целевой и (или) повторной оценки качества при оценке совокупности законченных случаев и (или) отдельного законченного случая с периодичностью, установленной планом работы.

Объем законченных случаев, подлежащих оценке качества, определяется отделами оценки качества МРЭК.

14. РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации в ходе осуществления оценки качества применяются критерии, установленные разделами II–IV настоящей Инструкции с периодичностью, установленной планом работы и (или) результатами текущей оценки качества.

15. Применение критериев в ходе осуществления текущей оценки качества осуществляется в обязательных случаях:

перинатальной смертности;

смертности лиц от 0-18 лет;
смертности лиц трудоспособного возраста;
первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста (первой и второй группы);
первичной инвалидности лиц в возрасте до 18 лет (СУЗ – 3, СУЗ – 4);
расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза по основному заболеванию;
первичного выявления у пациента запущенных онкологических заболеваний (случаев злокачественных новообразований, выявленных на III (визуальные формы) и IV стадии (все локализации);
первичного выявления у пациента туберкулеза в поздних стадиях;
ятрогенных осложнений, внутрибольничного инфицирования, неблагоприятного события, связанного с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизации медицинских изделий;
выявление дефектов оказания медицинской помощи уполномоченными органами и организациями.

Применение критериев в ходе осуществления текущей оценки качества оказания медицинской помощи вне организации здравоохранения осуществляется в обязательных случаях:

все случаи смерти при оказании медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи (далее – СМП), случаи смерти при повторном выезде (в течение 24 часов) и позднем доезде, досуточной летальности при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (в течение 24 часов после доставки пациента бригадой СМП);

все случаи повторных выездов бригад СМП к одному и тому же пациенту (в течение 6 часов после первого выезда бригады СМП);

все случаи расхождения диагноза врача СМП, фельдшера (выезжающего самостоятельно) СМП и врача-специалиста организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (по обратным талонам к сопроводительным листам СМП, сигнальным картам из организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях);

все случаи оказания СМП пациентам с острым инфарктом миокарда, с сочетанной травмой, с острым нарушением мозгового кровообращения;

все случаи обращений пациентов или их родственников по вопросам качества оказания медицинской помощи.

16. При применении критериев оценка результатов осуществляется путем ответа на поставленные вопросы «Да» или «Нет».

Каждый ответ «Да» приравнивается к 1 баллу, ответ «Нет» - 0 баллов.

В случае невозможности оценить результат путем ответа на поставленные вопросы «Да» или «Нет», ответ приравнивается к 0,5 баллам.

Расчет результатов оценки качества проводится путем определения процентного соотношения числа полученных баллов к максимально возможным для группы критериев, примененных для оценки (от 0% до 100%).

17. По результатам оценки качества выделяют следующие уровни:

85-100% - удовлетворительный уровень качества оказания медицинской помощи;

75-84,5% - относительно удовлетворительный уровень качества оказания медицинской помощи;

74,5% и менее - неудовлетворительный уровень качества оказания медицинской помощи.

18. Качество оказания медицинской помощи признается неудовлетворительным независимо от уровня качества оказания медицинской помощи, проведенного в соответствии с настоящей Инструкцией, в случае установления недостатков в оказании медицинской помощи, оказавших негативное влияние на исход заболевания, в том числе приведших к смерти пациента.

19. При определении относительно удовлетворительного или неудовлетворительного уровней качества оказания медицинской помощи проводится анализ причин и условий, способствующих возникновению недостатков в оказании медицинской помощи.

Принимаются меры по устранению выявленных недостатков и причин их возникновения, составляется план мероприятий по совершенствованию качества оказания медицинской помощи.

20. В случае отсутствия критериев оценки качества, установленных разделами II-IV настоящей Инструкции, оценивающий субъект в ходе осуществления оценки качества руководствуется требованиями, установленными клиническими протоколами и (или) методами оказания медицинской помощи и иными актами законодательства.

21. Результаты оценки качества оформляются в виде заключения по форме, установленной Министерством здравоохранения с приложением аналитической информации.

РАЗДЕЛ II КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПОДРАЗДЕЛ 1 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ГЛАВА 1 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

22. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи в организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
Общие вопросы		
1.	Отсутствие предписаний (повторных нарушений) за нарушение санитарно-эпидемиологического режима в организации здравоохранения за последний отчетный период	Да/Нет
2.	Отсутствие случаев нарушения правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности сотрудниками организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Отсутствие фактов нарушения исполнительской и трудовой дисциплины в организации здравоохранения	Да/Нет
4.	Выполнение управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи за последний отчетный период (год)	Да/Нет
5.	Отсутствие обоснованных жалоб в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет
Мероприятия, обеспечивающие доступность оказания медицинской помощи		
1.	Соответствие информации о деятельности организации здравоохранения, размещенной на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения, требованиям, установленным законодательством	Да/Нет
2.	Оборудование территории, прилегающей к организации здравоохранения, и ее помещений с учетом доступности для лиц с ограниченными возможностями: оборудование входных групп пандусами (подъемными платформами); наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств лиц с ограниченными возможностями; наличие поручней, расширенных проемов; наличие кресел-колясок	Да/Нет
3.	Наличие в организации здравоохранения условий, позволяющих лицам с ограниченными возможностями получать медицинские услуги наравне с другими пациентами, включая: наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений; дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля; наличие возможности сопровождения лица с ограниченными возможностями работниками организации здравоохранения	Да/Нет

4.	Наличие на информационных стендах в организации здравоохранения информации о лицах, имеющих право на внеочередное, первоочередное оказание медицинской помощи	Да/Нет
5.	Наличие и функционирование на официальном интернет-сайте организации здравоохранения дистанционных способов взаимодействия с получателями медицинских услуг: электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения, раздел «Часто задаваемые вопросы», раздел «Вопрос-Ответ» и другие); обеспечение технической возможности выражения получателями медицинских услуг мнения о качестве условий оказания медицинских услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее)	Да/Нет
6.	Наличие в организации здравоохранения системы «Электронная очередь»	Да/Нет
7.	Доступность записи на прием к врачу-специалисту через официальный интернет-сайт организации здравоохранения (Онлайн - регистратура)	Да/Нет
8.	Доступность записи на прием к врачу-специалисту через «Информационный киоск» организации здравоохранения	Да/Нет
9.	Доступность записи на прием к врачу-специалисту по телефону организации здравоохранения	Да/Нет
10.	Доступность записи на прием к врачу-специалисту при обращении пациента в организацию здравоохранения	Да/Нет
11.	Доступность выполнения общих клинических и биохимических исследований (без талона и без предварительной записи)	Да/Нет
12.	Доступность выполнения ЭКГ	Да/Нет
13.	Возможность получения консультации врачом общей практики и (или) врачом-специалистом в день обращения в организацию здравоохранения	Да/Нет
14.	Наличие на уровне регистратуры распределения потоков пациентов при обращении в организацию здравоохранения (неотложные, плановые, диспансерные)	Да/Нет
15.	Наличие в организации здравоохранения локального нормативного акта, регулирующего обеспечение доступности медицинской помощи	Да/Нет
Организация работы с обращениями граждан и юридических лиц		
1.	Наличие на информационных стендах организации здравоохранения информации о наименовании, месте нахождения и режиме работы вышестоящих	Да/Нет

	организаций	
2.	Наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями	Да/Нет
3.	Наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке проведения «Прямых телефонных линий» в организации здравоохранения	Да/Нет
4.	Наличие нормативных правовых актов по работе с обращениями граждан и юридических лиц (Закон, Указ, Директива, постановление Совета Министров Республики Беларусь, ведомственные нормативные акты)	Да/Нет
5.	Работа с обращениями граждан ведется в соответствии с законодательством: наличие ответственного лица за работу с обращениями граждан и юридических лиц (локальный нормативный акт, должностные инструкции); регистрация обращений граждан и юридических лиц ведется с использованием одной из регистрационно-контрольных форм: автоматизированной (электронной), карточной (в регистрационно-контрольных карточках), журнальной; соблюдение организацией здравоохранения сроков рассмотрения обращений граждан и юридических лиц; обращения граждан и юридических лиц, поступившие в организацию здравоохранения, рассматриваются в полном объеме и по существу поставленных вопросов	Да/Нет
6.	Проведение в организации здравоохранения «Прямых телефонных линий», в том числе в субботние дни	Да/Нет
7.	Организация личного приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями в удобное для населения время	Да/Нет
8.	Соблюдение требований законодательства по хранению, выдаче и ведению «Книги замечаний и предложений»: наличие ответственного лица за хранение, выдачу и ведение «Книги замечаний и предложений»; наличие копий ответов заявителям в месте хранения «Книги замечаний и предложений»	Да/Нет
9.	Анализ работы с обращениями граждан и юридических лиц в организации здравоохранения осуществляется на должном уровне (вопросы рассматриваются на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах) с принятием управленческих решений	Да/Нет

10.	<p>Организована работа по проведению анкетирования пациентов организации здравоохранения (с частотой, установленной руководителем организации здравоохранения) с целью изучения удовлетворенности населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи, организацией работы организации здравоохранения:</p> <p>наличие локального нормативного акта;</p> <p>наличие ответственного лица за осуществление анкетирования;</p> <p>анализ проведенного анкетирования;</p> <p>принимаемые меры по результатам проведенного анкетирования;</p> <p>рассмотрение вопросов анкетирования на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений</p>	Да/Нет
11.	<p>Организована работа по проведению анкетирования сотрудников организации здравоохранения (с частотой, установленной руководителем организации здравоохранения) с целью изучения социальных вопросов, в том числе психологического климата в организации здравоохранения, справедливости материального стимулирования и т.д.:</p> <p>наличие локального нормативного акта;</p> <p>наличие ответственного лица за осуществление анкетирования;</p> <p>анализ проведенного анкетирования;</p> <p>принимаемые меры по результатам проведенного анкетирования;</p> <p>рассмотрение вопросов анкетирования на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений</p>	Да/Нет
12.	Вопросы соблюдения законодательства по работе с обращениями граждан и юридических лиц отражены в правилах внутреннего трудового распорядка, должностных инструкциях и других локальных нормативных актах	Да/Нет
13.	Официальный интернет-сайт организации здравоохранения функционирует в порядке, установленном законодательством	Да/Нет
Организация работы по осуществлению административных процедур		
1.	Наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке осуществления и видах административных	Да/Нет

	процедур в организации здравоохранения	
2.	Организована работа по осуществлению встреч населения с руководством организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Работа по осуществлению административных процедур организована в соответствии с законодательством (наличие локального нормативного акта)	Да/Нет
Организация работы по соблюдению законодательства о борьбе с коррупцией		
1.	Наличие на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о плане работы комиссии по противодействию коррупции в организации здравоохранения	Да/Нет
2.	Наличие ответственного лица за работу по противодействию коррупции в организации здравоохранения (локальный нормативный акт)	Да/Нет
3.	Вопросы соблюдения законодательства по противодействию коррупции отражены в правилах внутреннего трудового распорядка, должностных инструкциях и других локальных нормативных актах	Да/Нет
4.	Анализ работы по соблюдению законодательства по противодействию коррупции в организации здравоохранения осуществляется на должном уровне (вопросы рассматриваются на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах) с принятием управленческих решений	Да/Нет
5.	Отсутствие коррупционных правонарушений за последний отчетный период (год)	Да/Нет
Эффективность использования трудовых ресурсов		
1.	Обеспечение кадровой потребности в специалистах с высшим медицинским, фармацевтическим образованием (укомплектованность) по занятым должностям не менее 75%	Да/Нет
2.	Обеспечение кадровой потребности в специалистах со средним медицинским, фармацевтическим образованием (укомплектованность) по занятым должностям не менее 85%	Да/Нет
3.	Закрепление молодых специалистов на рабочих местах после завершения срока работы по распределению (направлению) не менее 90%	Да/Нет
4.	Коэффициент текучести кадров специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием не более 10%	Да/Нет
5.	Коэффициент текучести кадров специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием не более 10%	Да/Нет

6.	Коэффициент совместительства не более 1,2	Да/Нет
7.	Наличие квалификационных категорий у специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием 70% и более	Да/Нет
8.	Наличие квалификационных категорий у специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием 70% и более	Да/Нет
9.	Доля специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, повысивших квалификационный уровень (100% от числа подлежащих прохождению повышения квалификации)	Да/Нет
10.	Доля специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием, повысивших квалификационный уровень (100% от числа подлежащих прохождению повышения квалификации)	Да/Нет
Материально-техническое обеспечение		
1.	Материально-техническая база организации здравоохранения соответствует таблице оснащения, утвержденному руководителем организации здравоохранения	Да/Нет
2.	Наличие своевременной метрологической поверки подлежащего оборудования в организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Обеспечена эффективность использования медицинского оборудования с учетом сменности работы и отсутствия простоя с учетом коэффициента календарного обслуживания (не ниже 0,9), коэффициента сменяемости (не более 0,6)	Да/Нет
4.	Информатизация организации здравоохранения: обеспечение организации здравоохранения автоматизированными информационными системами. Наличие технической возможности для проведения телемедицинского консультирования. Внедрена система межведомственного документооборота. Обеспечена информатизация рабочих мест 100%	Да/Нет
Лечебно-диагностическая деятельность		
1.	Внедрение в практику работы организации здравоохранения новых методов оказания медицинской помощи и (или) малоинвазивных методик за последний отчетный период (год)	Да/Нет
2.	Функционирование специализированных тематических школ («Школ здоровья»)	Да/Нет
3.	Организация акций в рамках «Единых дней здоровья»	Да/Нет

4.	Наличие на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации по актуальным вопросам здоровья граждан, информации о планирующихся мероприятиях по здоровому образу жизни	Да/Нет
5.	Ведение самостоятельного приема пациентов помощником врача	Да/Нет
6.	Ведение самостоятельного приема пациентов медицинской сестрой общей практики и (или) медицинской сестрой участковой	Да/Нет
7.	Ведение приема пациентов командой врача общей практики	Да/Нет
8.	Оснащение кабинета врача-специалиста в соответствии с утвержденным табелем	Да/Нет
9.	Оснащение кабинета врача общей практики в соответствии с утвержденным табелем	Да/Нет
10.	Длительность приема врачом общей практики соответствует установленному нормативу	Да/Нет
11.	Численность населения обслуживаемого врачом общей практики соответствует установленному нормативу	Да/Нет
12.	Охват диспансерным наблюдением онкологических пациентов 3 клинической группы в соответствии с планом	Да/Нет
13.	Охват диспансерным наблюдением ДЗ группы диспансерного учета за последний отчетный период (год) в соответствии с планом	Да/Нет
14.	Охват флюорографическим обследованием угрожаемых контингентов не менее 8% в месяц к числу подлежащих флюорографическому обследованию	Да/Нет
15.	Охват цитологическим обследованием для диагностики рака шейки матки не менее 80% от количества подлежащих	Да/Нет
16.	Порядок хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
17.	Организован контроль за выпиской рецептов и отпуском населению наркотических средств и психотропных веществ	Да/Нет
18.	Порядок использования и учета бланков строгой отчетности организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
19.	Организована выписка электронного рецепта	Да/Нет
20.	Проведение патронажа медицинской сестрой пациентов на дому	Да/Нет
21.	Проведение осмотров врачами-специалистами пациентов на дому	Да/Нет
22.	Проведение лабораторных исследований пациентам на дому	Да/Нет
23.	Выполнение ЭКГ на дому	Да/Нет

24.	Отсутствие роста уровня общей смертности к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
25.	Отсутствие роста уровня смертности лиц трудоспособного возраста к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
26.	Отсутствие роста уровня смертности лиц трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
27.	Отсутствие роста уровня смертности лиц трудоспособного возраста от новообразований к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
28.	Тяжесть первичного выхода на инвалидность лиц в трудоспособном возрасте не более 50%	Да/Нет
29.	Отсутствие случаев выявления пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций)	Да/Нет
30.	Отсутствие случаев антенатальной гибели плода при выявлении недостатков оказания медицинской помощи в организации здравоохранения	Да/Нет
31.	Отсутствие случаев младенческой смертности при выявлении недостатков оказания медицинской помощи в организации здравоохранения	Да/Нет
32.	Отсутствие случаев материнской смертности при выявлении недостатков оказания медицинской помощи в организации здравоохранения	Да/Нет
33.	Регистрация всех выявленных осложнений при оказании медицинской помощи в организации здравоохранения, проведение анализа и принятие управленческих мер	Да/Нет

23. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи в структурном подразделении

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	График работы отделения обеспечивает необходимый уровень доступности оказания медицинской помощи	Да/Нет
2.	Наличие у заведующего структурным подразделением документов в соответствии с номенклатурой дел	Да/Нет
3.	Наличие клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, нормативных правовых актов и локальных нормативных актов, регламентирующих деятельность врачей-специалистов по оказанию медицинской помощи на рабочих местах врачей-специалистов	Да/Нет
4.	Охват диспансерным наблюдением пациентов, обслуживаемых структурным подразделением, осуществляется в соответствии с планом	Да/Нет

5.	Диспансеризация пациентов с онкологическими заболеваниями 3 клинической группы, обслуживаемых структурным подразделением, осуществляется в соответствии с планом	Да/Нет
6.	Организован контроль за выпиской рецептов и отпуском населению наркотических средств и психотропных веществ	Да/Нет
7.	Порядок использования и учета бланков строгой отчетности организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
8.	Отсутствие случаев нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности)	Да/Нет
9.	Отсутствие роста уровня общей смертности населения, обслуживаемого структурным подразделением, к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
10.	Отсутствие роста уровня смертности лиц в трудоспособном возрасте, обслуживаемых структурным подразделением, к уровню предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
11.	Снижение тяжести первичного выхода на инвалидность лиц в трудоспособном возрасте, обслуживаемых в структурном подразделении, за отчетный период	Да/Нет
12.	Осуществление заведующим структурным подразделением систематической оценки врачей-специалистов этого структурного подразделения в части качества оказания медицинской помощи	Да/Нет
13.	Отсутствие случаев выявления пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций)	Да/Нет
14.	Отсутствие предписаний (повторных нарушений) за нарушение санитарно-эпидемиологического режима за последний отчетный период	Да/Нет
15.	Отсутствие случаев нарушения правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности медицинским персоналом отделения	Да/Нет
16.	Отсутствие обоснованных жалоб на медицинский персонал отделения в течение последнего отчетного периода (год)	Да/Нет
17.	Выполнение плановых показателей деятельности структурного подразделения	Да/Нет

ГЛАВА 2

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ

24. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи врачом общей практики

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение показателя нормы нагрузки обслуживания населения (функция врачебной должности)	Да/Нет
2.	В медицинской карте амбулаторного больного (далее - амбулаторная карта) имеется переводной эпикриз из медицинской карты ребенка (в случае, если он должен быть в карте)	Да/Нет
3.	В амбулаторной карте имеется согласие пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» на проведение простых и (или) сложных медицинских вмешательств (при необходимости)	Да/Нет
4.	В амбулаторной карте имеется информация о проведенных профилактических прививках	Да/Нет
5.	Рентгенфлюорографическое исследование проведено в установленные сроки (для обязательного и угрожаемого контингента)	Да/Нет
6.	В амбулаторной карте заполнен лист заключительных (уточненных) диагнозов	Да/Нет
7.	Медицинский осмотр проведен с оформлением в амбулаторной карте записи с указанием жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных	Да/Нет
8.	Проведено и отмечено в амбулаторной карте: измерение артериального давления; онкологический опрос; онкологический осмотр	Да/Нет
9.	Клинический диагноз сформулирован на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра пациента, проведенных обследований в соответствии с МКБ-10 или утвержденными клиническими классификациями	Да/Нет
10.	План обследования составлен в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
11.	Лечение назначено в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
12.	Диагностические мероприятия выполнены в полном объеме в соответствии с составленным планом и клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
13.	Проведена коррекция плана обследования в зависимости от особенностей течения заболевания и (или) при изменении состояния здоровья пациента	Да/Нет
14.	Отсутствие дублирования и необоснованного	Да/Нет

	назначения лабораторных и инструментальных исследований	
15.	Осуществление диспансерного наблюдения пациентов в соответствии с требованиями Инструкции о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. № 96	Да/Нет
16.	Проведена экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением соответствующих документов (при необходимости)	Да/Нет
17.	Отсутствие случаев нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности)	Да/Нет
18.	Выписка лекарственных средств на льготной/бесплатной основе в соответствии с перечнем основных лекарственных средств, применяемых для оказания медицинской помощи	Да/Нет
19.	Отсутствие роста частоты вызовов бригад СМП к прикрепленному населению по сравнению с уровнем предыдущего отчетного периода (год)	Да/Нет
20.	Отсутствие случаев выявления пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций)	Да/Нет
21.	Доля злокачественных новообразований выявленных в I – II стадиях 50% и более от всех выявленных злокачественных новообразований за последний отчетный период (год)	Да/Нет
22.	Отсутствие обоснованных жалоб в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет

25. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи врачом ультразвуковой диагностики

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение показателя нормы нагрузки обслуживания населения (функции врачебной должности)	Да/Нет
2.	Оформление протокола ультразвукового исследования в соответствии с установленной формой	Да/Нет
3.	Заключение соответствует полученным при исследовании результатам	Да/Нет
4.	Оформление медицинских документов (журнала регистрации ультразвуковых исследований в соответствии с установленной формой (форма 050/у)	Да/Нет
5.	Соблюдение требований эксплуатационных документов	Да/Нет

	(паспорт, инструкция, руководство по эксплуатации и др.) изготовителя используемой медицинской техники	
6.	Отсутствие обоснованных жалоб на врача-специалиста за последний отчетный период (год)	Да/Нет
7.	Оснащение кабинета соответствует утвержденному табелю оснащения	Да/Нет
8.	Своевременное направление на экспертное УЗИ	Да/Нет

26. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи врачом-физиотерапевтом

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение показателя нормы нагрузки обслуживания населения (функция врачебной должности)	Да/Нет
2.	Оформление медицинского осмотра в медицинских документах (амбулаторная карта, медицинская карта стационарного пациента) в соответствии с установленной формой	Да/Нет
3.	Оформление медицинских документов (карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (форма №044-у), в соответствии с установленной формой	Да/Нет
4.	Назначение физиотерапевтических процедур при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний в соответствии с клиническими протоколами с соблюдением методов и методик, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
5.	Соблюдение требований эксплуатационных документов (паспорт, инструкция, руководство по эксплуатации и др.) изготовителя используемой медицинской техники	Да/Нет
6.	Соблюдение техники безопасности и правил эксплуатации медицинского оборудования	Да/Нет
7.	Осуществление контроля за соблюдением методик выполнения физиотерапевтических процедур средним медицинским персоналом	Да/Нет
8.	Отсутствие обоснованных жалоб на врача-физиотерапевта за последний отчетный период (год)	Да/Нет
9.	Оснащение кабинета соответствует утвержденному табелю оснащения	Да/Нет

27. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи врачом функциональной диагностики

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение показателя нормы нагрузки обслуживания	Да/Нет

	населения (функция врачебной должности)	
2.	Оформление протокола функционального исследования в соответствии с утвержденной формой	Да/Нет
3.	Заключение соответствует полученным при исследовании результатам	Да/Нет
4.	Наличие условий для оказания неотложной помощи	Да/Нет
5.	Соблюдение требований эксплуатационных документов (паспорт, инструкция, руководство по эксплуатации и др.) изготовителя используемой медицинской техники	Да/Нет
6.	Соблюдение правил эксплуатации медицинского оборудования и техники безопасности	Да/Нет
7.	Отсутствие обоснованных жалоб на врача-специалиста в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет
8.	Оснащение кабинета соответствует утвержденному табелю оснащения	Да/Нет

28. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи иными врачами-специалистами

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение показателя нормы нагрузки обслуживания населения (функции врачебной должности)	Да/Нет
2.	Оформление амбулаторной карты в соответствии с установленной формой	Да/Нет
3.	В амбулаторной карте имеется переводной эпикриз из медицинской карты ребенка (в случае, если он должен быть в карте)	Да/Нет
4.	В амбулаторной карте имеется согласие пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» на проведение простых и (или) сложных медицинских вмешательств (при необходимости)	Да/Нет
5.	В амбулаторной карте имеется информация о проведенных профилактических прививках	Да/Нет
6.	Рентгенфлюорографическое исследование проведено в установленные сроки (для обязательного и угрожаемого контингента)	Да/Нет
7.	В амбулаторной карте заполнен лист заключительных (уточненных) диагнозов	Да/Нет
8.	Проведен медицинский осмотр с оформлением записи в амбулаторной карте с указанием жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных	Да/Нет
9.	Проведено и отмечено в амбулаторной карте: измерение артериального давления; онкологический опрос; онкологический осмотр	Да/Нет

10.	Клинический диагноз сформулирован на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра пациента, проведенных обследований в соответствии с МКБ-10 или утвержденными клиническими классификациями	Да/Нет
11.	Составлен план обследования в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
12.	Диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь и составленным планом выполнены в полном объеме	Да/Нет
13.	Назначено лечение в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
14.	Проведена коррекция плана обследования в зависимости от особенностей течения заболевания и (или) при изменении состояния здоровья пациента	Да/Нет
15.	Отсутствие дублирования и необоснованного назначения лабораторных и инструментальных исследований	Да/Нет
16.	Осуществление диспансерного наблюдения пациентов в соответствии с требованиями Инструкции о порядке проведения диспансеризации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. № 96	Да/Нет
17.	Проведена экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением соответствующих документов (при необходимости)	Да/Нет
18.	Отсутствие случаев нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности)	Да/Нет
19.	Выписка лекарственных средств на льготной/бесплатной основе в соответствии с перечнем основных лекарственных средств, применяемых для оказания медицинской помощи	Да/Нет
20.	Отсутствие случаев выявления пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций)	Да/Нет
21.	Отсутствие обоснованных жалоб на врача-специалиста в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет

ПОДРАЗДЕЛ 2
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ
ГЛАВА 3
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

29. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи в организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
Общие вопросы		
1.	Отсутствие предписаний (повторных нарушений) за нарушение санитарно-эпидемиологического режима в организации здравоохранения за последний отчетный период	Да/Нет
2.	Отсутствие случаев нарушения правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности сотрудниками организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Отсутствие обоснованных жалоб в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет
4.	Отсутствие фактов нарушения исполнительской и трудовой дисциплины в организации здравоохранения	Да/Нет
5.	Выполнение управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи за последний отчетный период (год)	Да/Нет
6.	Расследование случаев внутрибольничной инфекции, подлежащих учету и расследованию осуществляется в 100 % случаев	Да/Нет
Мероприятия, обеспечивающие доступность оказания медицинской помощи		
1.	Соответствие информации о деятельности организации здравоохранения, размещенной на информационных стендах в организации здравоохранения и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения, требованиям, установленным законодательством	Да/Нет
2.	Оборудование территории, прилегающей к организации здравоохранения, и ее помещений с учетом доступности для лиц с ограниченными возможностями: оборудование входных групп пандусами (подъемными платформами); наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств лиц с ограниченными возможностями; наличие поручней, расширенных проемов; наличие кресел-колясок	Да/Нет

3.	Наличие в организации здравоохранения условий, позволяющих лицам с ограниченными возможностями получать медицинские услуги наравне с другими пациентами, включая: наличие и доступность санитарно-гигиенических помещений; дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля; наличие возможности сопровождения лица с ограниченными возможностями работниками организации здравоохранения	Да/Нет
4.	Наличие на информационных стендах в организации здравоохранения информации о лицах, имеющих право на внеочередное, первоочередное оказание медицинской помощи	Да/Нет
5.	Наличие и функционирование на официальном интернет-сайте организации здравоохранения дистанционных способов взаимодействия с получателями медицинских услуг: электронных сервисов (форма для подачи электронного обращения, раздел «Часто задаваемые вопросы», раздел «Вопрос-Ответ» и другие); обеспечение технической возможности выражения получателями медицинских услуг мнения о качестве условий оказания медицинских услуг (наличие анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее)	Да/Нет
7.	Наличие в организации здравоохранения системы «Электронная очередь»	Да/Нет
8.	Наличие на уровне приемного отделения распределения потоков пациентов при обращении в организацию здравоохранения (неотложные, плановые)	Да/Нет
9.	Наличие в организации здравоохранения локального нормативного акта, регулирующего обеспечение доступности медицинской помощи	Да/Нет
Организация работы с обращениями граждан и юридическими лицами		
1.	Наличие на информационных стендах организации здравоохранения информации о наименовании, месте нахождения и режиме работы вышестоящих организаций	Да/Нет
2.	Наличие на информационных стендах и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями	Да/Нет
3.	Наличие на информационных стендах организации здравоохранения и на официальном интернет-сайте	Да/Нет

	организации здравоохранения информации о порядке проведения «Прямых телефонных линий» в организации здравоохранения	
4.	Наличие нормативных правовых актов по работе с обращениями граждан и юридических лиц (Закон, Указ, Директива, постановление Совета Министров Республики Беларусь, ведомственные нормативные акты)	Да/Нет
5.	Работа с обращениями граждан ведется в соответствии с законодательством: наличие ответственного лица за работу с обращениями граждан и юридических лиц (локальный нормативный акт, должностные инструкции); регистрация обращений граждан и юридических лиц ведется с использованием одной из регистрационно-контрольных форм: автоматизированной (электронной), карточной (в регистрационно-контрольных карточках), журнальной; соблюдение организацией здравоохранения сроков рассмотрения обращений граждан и юридических лиц; обращения граждан и юридических лиц, поступившие в организацию здравоохранения, рассматриваются в полном объеме и по существу поставленных вопросов	Да/Нет
6.	Проведение в организации здравоохранения «Прямых телефонных линий»	Да/Нет
7.	Организация личного приема граждан руководителем организации здравоохранения и его заместителями в удобное для населения время	Да/Нет
8.	Организация личного приема граждан руководителями структурных подразделений организации здравоохранения в удобное для населения время	Да/Нет
9.	Соблюдение требований законодательства по хранению, выдаче и ведению «Книги замечаний и предложений»: наличие ответственного лица за хранение, выдачу и ведение «Книги замечаний и предложений»; наличие копий ответов заявителям в местах хранения «Книги замечаний и предложений»	Да/Нет
10.	Анализ работы с обращениями граждан и юридических лиц в организации здравоохранения осуществляется на должном уровне (вопросы рассматриваются на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах) с принятием управленческих решений	Да/Нет
11.	Организована работа по проведению анкетирования пациентов организации здравоохранения (с частотой, установленной руководителем организации здравоохранения) с целью изучения удовлетворенности	Да/Нет

	<p>населения доступностью и качеством оказания медицинской помощи, организацией работы организации здравоохранения:</p> <p>наличие локального нормативного акта;</p> <p>наличие ответственного лица за осуществление анкетирования;</p> <p>анализ проведенного анкетирования;</p> <p>принимаемые меры по результатам проведенного анкетирования;</p> <p>рассмотрения вопросов анкетирования на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений</p>	
12.	<p>Организована работа по проведению анкетирования сотрудников организации здравоохранения (с частотой, установленной руководителем организации здравоохранения) с целью изучения социальных вопросов, в том числе психологического климата в организации здравоохранения, справедливости материального стимулирования и т.д.:</p> <p>наличие локального нормативного акта;</p> <p>наличие ответственного лица за осуществление анкетирования;</p> <p>анализ проведенного анкетирования;</p> <p>принимаемые меры по результатам проведенного анкетирования;</p> <p>рассмотрение вопросов анкетирования на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений</p>	Да/Нет
13.	Вопросы соблюдения законодательства по работе с обращениями граждан и юридических лиц отражены в правилах внутреннего трудового распорядка, должностных инструкциях и других локальных нормативных актах	Да/Нет
14.	Официальный интернет-сайт организации здравоохранения функционирует в порядке, установленном законодательством	Да/Нет
Организация работы по осуществлению административных процедур		
1.	Наличие на информационных стендах организации здравоохранения и на официальном интернет-сайте организации здравоохранения информации о порядке осуществления и видах административных процедур	Да/Нет
2.	Работа по осуществлению административных процедур организована в соответствии с законодательством (наличие локального нормативного акта)	Да/Нет

Организация работы по соблюдению законодательства о борьбе с коррупцией		
1.	Наличие ответственного лица за работу по противодействию коррупции в организации здравоохранения (локальный нормативный акт)	Да/Нет
2.	Вопросы соблюдения законодательства по противодействию коррупции отражены в правилах внутреннего трудового распорядка, должностных инструкциях и других локальных нормативных актах	Да/Нет
3.	Анализ работы по соблюдению законодательства по противодействию коррупции в организации здравоохранения осуществляется на должном уровне (вопросы рассматриваются на производственных (административных, рабочих) совещаниях, медицинских советах с принятием управленческих решений	Да/Нет
4.	Отсутствие коррупционных правонарушений за последний отчетный период (год)	Да/Нет
Эффективность использования трудовых ресурсов		
1.	Обеспечение кадровой потребности в специалистах с высшим медицинским, фармацевтическим образованием (укомплектованность) по занятым должностям не менее 75%	Да/Нет
2.	Обеспечение кадровой потребности в специалистах со средним медицинским, фармацевтическим образованием (укомплектованность) по занятым должностям не менее 85%	Да/Нет
3.	Закрепление молодых специалистов на рабочих местах после завершения срока работы по распределению (направлению) не менее 90%	Да/Нет
4.	Коэффициент текучести кадров специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием не более 10%	Да/Нет
5.	Коэффициент текучести кадров специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием не более 10%	Да/Нет
6.	Коэффициент совместительства не более 1,2	Да/Нет
7.	Наличие квалификационных категорий у специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием 70% и более	Да/Нет
8.	Наличие квалификационных категорий у специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием 70% и более	Да/Нет
9.	Доля специалистов с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, повысивших квалификационный уровень (100% от числа подлежащих	Да/Нет

	прохождению повышения квалификации)	
10.	Доля специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием, повысивших квалификационный уровень (100% от числа подлежащих прохождению повышения квалификации)	Да/Нет
11.	Доля специалистов со средним медицинским, фармацевтическим образованием, повысивших квалификационный уровень (100% от числа подлежащих прохождению повышения квалификации)	Да/Нет
Материально-техническое обеспечение		
1.	Материально-техническая база организации здравоохранения соответствует таблице оснащения, утвержденному руководителем организации здравоохранения	Да/Нет
2.	Наличие своевременной метрологической поверки подлежащего оборудования в организации здравоохранения	Да/Нет
3.	Обеспечена эффективность использования медицинского оборудования с учетом сменности работы и отсутствия простоя с учетом коэффициента календарного обслуживания (не ниже 0,9), коэффициента сменяемости(не более 0,6)	Да/Нет
4.	Информатизация организации здравоохранения: обеспечение организации здравоохранения автоматизированными информационными системами. Наличие технической возможности для проведения телемедицинского консультирования. Внедрена система межведомственного документооборота. Обеспечена информатизация рабочих мест 100%	Да/Нет
Лечебно-диагностическая деятельность		
1.	Выполнение показателя занятости койки	Да/Нет
2.	Выполнение показателя средней длительности пребывания пациента на койке	Да/Нет
3.	Госпитализация пациентов осуществляется в соответствии с показаниями	Да/Нет
4.	Внедрение в практику работы организации здравоохранения новых методов медицинской помощи и (или) малоинвазивных методик за последний отчетный период (год)	Да/Нет
5.	Длительность предоперационного пребывания плановых пациентов в стационарных условиях не превышает 2 суток	Да/Нет
6.	Отсутствие роста послеоперационной летальности при экстренной хирургической патологии	Да/Нет
7.	Отсутствие роста больничной летальности	Да/Нет
8.	Отсутствие роста показателя досуточной летальности	Да/Нет
9.	Патологоанатомическое исследование биопсийного	Да/Нет

	материала при проведении оперативного вмешательства проводится в 100% случаев	
10.	Отсутствие случаев расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов по основному заболеванию	Да/Нет
11.	Патологоанатомические вскрытия проводятся в 100 % от числа умерших, подлежащих обязательному вскрытию, за исключением случаев верифицированного диагноза ВИЧ-инфекции и туберкулеза с выделением микобактерий	Да/Нет
12.	Проведение клинико-анатомических конференций 100 % от числа случаев, подлежащих рассмотрению, за исключением случаев верифицированного диагноза ВИЧ-инфекции и туберкулеза с выделением микобактерий	Да/Нет
13.	Участие врачей-специалистов в аутопсиях пациентов, умерших в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	Да/Нет
14.	Регистрация всех выявленных осложнений при оказании медицинской помощи в организации с проведением анализа и принятием управленческих мер	Да/Нет
15.	Отсутствие «Сигнальных карт о дефекте в оказании медицинской помощи», направленных другими организациями здравоохранения за последний отчетный период (год)	Да/Нет
16.	Порядок хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
17.	Порядок использования и учета бланков строгой отчетности организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
18.	Направление выписных эпикризов в организацию здравоохранения по месту жительства в электронном виде	Да/Нет
19.	Организована выписка электронного рецепта	Да/Нет

30. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи в структурном подразделении

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	График работы врачей-специалистов отделения обеспечивает необходимый уровень доступности специализированной медицинской помощи по профилю	Да/Нет
2.	Наличие у заведующего отделением документов в соответствии с номенклатурой дел	Да/Нет
3.	Наличие клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, нормативных правовых актов и локальных нормативных актов, регламентирующих деятельность	Да/Нет

	врачей-специалистов по оказанию медицинской помощи на рабочих местах врачей-специалистов	
4.	Внедрение в практику работы новых методов оказания медицинской помощи за последний отчетный период (год)	Да/Нет
5.	Госпитализация пациентов осуществляется в соответствии с показаниями	Да/Нет
6.	Выполнение показателя занятости койки	Да/Нет
7.	Выполнение показателя средней длительности пребывания пациента на койке	Да/Нет
8.	Длительность предоперационного пребывания плановых пациентов в стационарных условиях не превышает 2 суток	Да/Нет
9.	Отсутствие роста послеоперационной летальности при экстренной хирургической патологии	Да/Нет
10.	Отсутствие роста больничной летальности	Да/Нет
11.	Отсутствие роста показателя досуточной летальности	Да/Нет
12.	Осуществление оценки качества оказания медицинской помощи заведующим отделением	Да/Нет
13.	Расследование случаев внутрибольничной инфекции, подлежащих учету и расследованию осуществляется, в 100 % случаев	Да/Нет
14.	Отсутствие случаев нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности)	Да/Нет
15.	Порядок хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ организован в соответствии с законодательством	Да/Нет
16.	Отсутствие случаев расхождения диагноза с патологоанатомическими заключениями III категории за последний отчетный период (год)	Да/Нет
17.	Отсутствие предписаний (повторных нарушений) за нарушение санитарно-эпидемиологического режима в отделении за последний отчетный период	Да/Нет
18.	Отсутствие случаев нарушения правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности медицинским персоналом отделения	Да/Нет
19.	Отсутствие обоснованных жалоб на медицинский персонал отделения в течение последнего отчетного периода (год)	Да/Нет
20.	Отсутствие случаев нарушения исполнительской и трудовой дисциплины медицинским персоналом отделения	Да/Нет

ГЛАВА 4 **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ** **МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ**

31. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи врачом-специалистом

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Оформление медицинской карты стационарного пациента в соответствии с установленной формой	Да/Нет
2.	Госпитализация в организацию здравоохранения осуществлена по показаниям	Да/Нет
3.	В медицинской карте стационарного пациента оформлено согласие на предоставление (отказ от предоставления) информации, составляющей врачебную тайну (при возможности получения такого согласия (отказа))	Да/Нет
4.	Проведен первичный осмотр лечащим врачом совместно с заведующим отделением с оформлением медицинской карты стационарного пациента с указанием жалоб, полного анамнеза, клинического осмотра	Да/Нет
5.	Заполнена карта оценки риска суицидальной активности (при наличии возможности заполнения)	Да/Нет
6.	Сформулирован и обоснован предварительный диагноз	Да/Нет
7.	Составлен план обследования в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
8.	Диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь и составленным планом выполнены в полном объеме	Да/Нет
9.	Назначено лечение в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
10.	Клинический диагноз установлен в течение 72 часов от момента поступления	Да/Нет
11.	Проведена коррекция плана обследования в зависимости от особенностей течения заболевания и (или) при изменении состояния здоровья пациента	Да/Нет

12.	Проведена коррекция лечения в зависимости от особенностей течения заболевания и (или) при изменении состояния здоровья пациента	Да/Нет
13.	Имеется согласие пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» на проведение простых и (или) сложных медицинских вмешательств	Да/Нет
14.	Имеются дневники врачебных наблюдений о динамическом наблюдении пациента: в удовлетворительном состоянии не реже 1 раза в день; пациента в состоянии средней степени тяжести не реже 2 раз в день	Да/Нет
15.	Оформлен лист врачебных назначений с указанием режима, диеты; назначение лекарственных средств с указанием доз препаратов, способа введения, режима дозирования	Да/Нет
16.	Назначение и обоснование выписки лекарственных средств, требующих решения врачебного консилиума, оформлены соответствующим врачебным консилиумом	Да/Нет
17.	Проводятся регулярные осмотры заведующего структурным подразделением не реже 1 раза в 7 дней (за исключением отделений (палат) интенсивной терапии, реанимации и анестезиологии)	Да/Нет
18.	Проведены врачебные консультации, врачебные консилиумы (при наличии показаний)	Да/Нет
19.	Проведен заключительный осмотр лечащим врачом перед выпиской пациента домой или переводом в другое отделение (организацию здравоохранения)	Да/Нет
20.	Установлен заключительный клинический диагноз	Да/Нет
21.	Оформлен эпикриз по установленной форме с указанием рекомендаций по дальнейшему лечению и наблюдению	Да/Нет
22.	Обеспечена преемственность передачи информации амбулаторно-поликлиническим организациям здравоохранения (эпикризы, выписка рецептов в соответствии с рекомендациями, сроки временной нетрудоспособности)	Да/Нет
23.	Отсутствие дублирования и необоснованного назначения лабораторных и инструментальных исследований	Да/Нет

24.	Проведена экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением соответствующих документов (при необходимости)	Да/Нет
25.	Отсутствие случаев нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности)	Да/Нет
26.	Отсутствие обоснованных жалоб на врача-специалиста в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет

ПОДРАЗДЕЛ 3 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВНЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

32. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи вне организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов бригад СМП правильно определен приоритет вызова бригад СМП	Да/Нет
2.	Решение о направлении бригады СМП на адрес вызова или о передаче поступившего вызова бригаде неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения принято верно	Да/Нет
3.	Вызов передан своевременно свободной бригаде СМП в соответствии с ее специализацией	Да/Нет
4.	Соблюден утвержденный норматив времени прибытия бригады СМП по адресу вызова	Да/Нет
5.	Медицинский осмотр бригадой СМП осуществлен в соответствии с требованиями к проведению медицинского осмотра	Да/Нет
6.	Выполнены диагностические мероприятия в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
7.	Медицинская помощь оказана в соответствии с установленным диагнозом (синдромом) и установленным протоколом, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь или оформлен отказ от оказания медицинской помощи	Да/Нет

8.	Пациент доставлен в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях (при наличии показаний), или оформлен отказ от транспортировки в эту организацию здравоохранения	Да/Нет
9.	Информация о вызове бригады СМП в рабочие дни передана в течение суток после оказания СМП в амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения (при необходимости дальнейшего медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента)	Да/Нет
10.	Оформлены карта вызова бригады СМП, сопроводительный лист бригады СМП (при транспортировке в организацию здравоохранения) в соответствии с установленной формой	Да/Нет

ПОДРАЗДЕЛ 4 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

33. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи в условиях отделения дневного пребывания

1.	График работы врачей-специалистов отделения обеспечивает необходимый уровень доступности специализированной медицинской помощи по профилю	Да/Нет
2.	Наличие у заведующего отделением документов в соответствии с номенклатурой дел	Да/Нет
3.	Наличие клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, нормативных правовых актов и локальных нормативных актов, регламентирующих деятельность врачей-специалистов по оказанию медицинской помощи на рабочих местах врачей-специалистов	Да/Нет
4.	Госпитализация пациентов осуществляется в соответствии с показаниями	Да/Нет
5.	Выполнение показателя занятости койки	Да/Нет
6.	Выполнение показателя средней длительности пребывания пациента на койке	Да/Нет
7.	Осуществление оценки качества оказания медицинской помощи заведующим отделением	Да/Нет
8.	Отсутствие случаев нарушения правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности медицинским персоналом отделения	Да/Нет
9.	Отсутствие обоснованных жалоб на медицинский персонал отделения в течение последнего отчетного периода (год)	Да/Нет

10.	Отсутствие случаев нарушения исполнительской и трудовой дисциплины медицинским персоналом отделения	Да/Нет
-----	---	--------

РАЗДЕЛ III

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ

34. Критерии оценки качества оказания медицинской помощи по классам болезней

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Выполнение требований клинических протоколов и (или) методов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь	Да/Нет
2.	Выполнение иных документов, регламентирующих оказание медицинской помощи (стандарты, алгоритмы (при их наличии))	Да/Нет

РАЗДЕЛ IV

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

ПОДРАЗДЕЛ 1

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ

35. Критерии оценки качества медицинских освидетельствований, осуществляемых ВКК организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Имеется локальный нормативный акт (приказ руководителя организации здравоохранения) о создании и организации деятельности ВКК	Да/Нет
2.	График работы ВКК обеспечивает доступность проведения освидетельствования для пациентов (наличие нескольких составов ВКК)	Да/Нет
3.	Каждый состав ВКК имеет печать со своим наименованием и наименованием организации здравоохранения, в которой он создан	Да/Нет
4.	Имеются нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность ВКК	Да/Нет
5.	Оформлен протокол заседания ВКК	Да/Нет
6.	Журнал регистрации решений ВКК ведется в соответствии с установленной формой	Да/Нет
7.	Решение ВКК оформляется с указанием нормативного	Да/Нет

	правого акта, в соответствии с которым вынесено решение	
8.	Проводится анализ деятельности ВКК	Да/Нет

36. Критерии оценки качества медицинских освидетельствований, осуществляемых медицинской водительской комиссией организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Наличие приказа вышестоящего органа управления здравоохранением об организации работы медицинской водительской комиссии (далее – МВК)	Да/Нет
2.	Наличие локального нормативного акта (приказ главного врача) об организации работы МВК	Да/Нет
3.	Состав МВК соответствует требованиям нормативных правовых актов	Да/Нет
4.	График работы МВК обеспечивает доступность проведения освидетельствования	Да/Нет
5.	Наличие нормативных документов, регламентирующих работу МВК	Да/Нет
6.	Осуществляются запросы об отсутствии учета в психиатрическом и наркологическом диспансерах	Да/Нет
7.	Журнал протоколов заседаний МВК ведется в соответствии с установленной формой	Да/Нет
8.	Акт МВК заполняется в соответствии с установленной формой	Да/Нет
9.	Информация в ГАИ передается своевременно	Да/Нет

37. Критерии оценки качества медицинских освидетельствований (переосвидетельствований), осуществляемых врачебно-летней экспертной комиссией (далее - ВЛЭК) при первичном освидетельствовании

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Прием документов освидетельствуемого ВЛЭК осуществляется в соответствии с порядком, установленном нормативными правовыми актами	Да/Нет
2.	Проведение инструментальных и лабораторных исследований осуществляется в соответствии с установленными требованиями	Да/Нет
3.	Медицинский осмотр врачами-специалистами проведен в соответствии с установленными требованиями	Да/Нет
4.	Психофизиологическое исследование проведено в соответствии с установленными требованиями	Да/Нет
5.	Вынесение заключения ВЛЭК в соответствии с установленными требованиями	Да/Нет

ПОДРАЗДЕЛ 2
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

38. Критерии оценки качества проведения медико-социальной экспертизы, осуществляемой медико-реабилитационной экспертной комиссией

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Освидетельствование пациентов не позднее 30 дней с момента регистрации направления на медико-социальную экспертизу (в периоде временной нетрудоспособности - не позднее трех рабочих дней с даты регистрации направления на медико-социальную экспертизу, на дому – семи дней)	Да/Нет
2.	Проведение медицинского осмотра с оценкой степени нарушения функций органов и систем организма	Да/Нет
3.	Установление основного и сопутствующего клинико-функционального диагноза в соответствии с МКБ-10	Да/Нет
4.	Оценка степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с нормативными правовыми актами, инструктивно-методическими документами	Да/Нет
5.	Соответствие клинико-функционального диагноза и степени ограничений категорий жизнедеятельности	Да/Нет
6.	Обоснование решения об установлении инвалидности, группе (степени утраты здоровья у детей), причине, дате наступления и сроке инвалидности	Да/Нет
7.	Обоснование решения о степени утраты профессиональной трудоспособности у лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, а также получивших увечье или иное повреждение здоровья в результате иных страховых случаев (при наличии показаний)	Да/Нет
8.	Формирование индивидуальной программы медицинской реабилитации инвалида, программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (далее – ПРП) в соответствии с требованиями законодательства	Да/Нет
9.	Учет и анализ выполнения мероприятий индивидуальной программы реабилитации инвалида, ПРП при повторном освидетельствовании	Да/Нет
10.	Оказание в пределах компетенции методической и консультативной помощи организациям здравоохранения	Да/Нет

11.	Отсутствие обоснованных жалоб в течение последнего отчетного периода (года)	Да/Нет
12.	Проведение медицинского совета по вопросам медико-социальной экспертизы	Да/Нет
13.	Анализ случаев отмены экспертных решений медико-реабилитационных экспертных комиссий	Да/Нет
14.	Проведение медико-социальной экспертизы на дому	Да/Нет

39. Критерии оценки качества медицинских освидетельствований, осуществляемых иными комиссиями организации здравоохранения

№ п/п	Наименование критерия	Результат оценки
1.	Имеется локальный нормативный акт (приказ руководителя организации здравоохранения) о создании и организации деятельности иной комиссии (комиссии по проведению обязательных и внеочередных медицинских осмотров, комиссия по освидетельствованию на годность к владению оружием и др.) (далее – комиссия)	Да/Нет
2.	График работы комиссии обеспечивает доступность проведения освидетельствования для пациентов	Да/Нет
3.	Имеются нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность комиссии	Да/Нет
4.	Журналы регистрации решений комиссии ведутся в соответствии с установленной формой	Да/Нет
5.	Решение комиссии оформляется с указанием нормативного правового акта, в соответствии с которым вынесено решение	Да/Нет
6.	Проводится анализ деятельности комиссии	Да/Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Пр. МЗ РБ от 07.07.2014 г. № 732 «Об утверждении индикаторов качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях»

Таблица 1 – Рекомендуемые индикаторы качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях по должности руководителя

№ п/п	Наименование показателей	Источник информации	Единица измерения	Норматив	Оценка в баллах	Частота оценки
1	Наличие квалификационных категорий у врачей	«Отчет о медицинских (фармацевтических) работниках» (форма № 1-медкадры)	Процент врачей, имеющих квалификационную категорию, от всего количества врачей (за исключением врачей-интернов)	70 % и более	3	1 раз в год
2	Удельный вес вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой медицинской помощи, обслуженных амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения в часы их работы	«Журнал записи вызовов службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (форма 111/у-09)	Процент вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой медицинской помощи и обслуженных амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения в часы их работы, от общего числа неотложных вызовов, поступивших в службу скорой медицинской помощи в часы работы амбулаторно-поликлинических организаций	Более 70 %	5	1 раз в квартал
3	Охват вакцинацией против гриппа	«Отчет о проведенных профилактических прививках» (форма 2-прививки)	Процент лиц, вакцинированных против гриппа, от подлежащих вакцинации против гриппа	90 % и более	3	1 раз в год

4	Выполнение рентгено-флюорографических исследований	«Журнал записи рентгенологических исследований» (форма 050/у); паспорт участка	Процент охвата рентгено-флюорографическими исследованиями от числа подлежащих среди прикрепленного населения	95 % и более	3	1 раз в год
5	Эффективность диспансеризации пациентов со злокачественными новообразованиями	Данные областных (г. Минска) канцер-регистров по состоянию на 1 февраля года, следующего за отчетным	Число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет и прошедших диспансерный контроль в течение последнего года, к числу состоящих на учете 5 и более лет	100 %	4	1 раз в год
6	Эффективность диспансеризации пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями	«Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь» (форма 1-заболеваемость)	Отношение числа зарегистрированных случаев заболеваний острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения к общему числу пациентов, состоящих на диспансерном учете с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями	Менее 1,0 %	4	1 раз в год
7	Уровень оперативной активности (для врачей-специалистов хирургического профиля)	«Журнал записи амбулаторных операций (форма 069/у); «Отчет организации здравоохранения, оказывающей	Число оперативных вмешательств на одну занятую должность	норматив и выше	5	1 раз в полугодие

		медицинскую помощь в стационарах и амбулаторных условиях» (форма 1-организация)				
8	Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима	Протокол ЦГиЭ об административных правонарушениях	Количество нарушений	отсутствие наличие	4 –4	1 раз в полугодие
9	Наличие обоснованных жалоб, поступивших в вышестоящий орган управления	Журнал учета обращений граждан, учетная карточка приема населения руководителем органа управления	Количество обоснованных жалоб, установленных вышестоящим органом управления	отсутствие наличие	4 –4	1 раз в квартал
10	Наличие в работе ИТ-технологий		Наличие программного обеспечения: регистратура, поликлиника, статистика, диспансеризация, ВОП	100 %	5	1 раз в год
11	Организация самостоятельного приема помощника врача	«Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1-организация)	Процент помощников врача, ведущих самостоятельный прием, от общего количества помощников врача	70 %	5	1 раз в год
12	Внедрение новых медицинских технологий		Внедрение новых медицинских технологий		3	1 раз в год
13	Профилактика коррупционных правонарушений	Сведения, полученные из региональных органов внутренних дел	Случаи коррупционных правонарушений	отсутствие наличие	0–10	1 раз в квартал

Таблица 2 – Рекомендуемые индикаторы качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях, по должности врача-терапевта участкового и врача общей практики

№ п/п	Наименование показателей	Источник информации	Единица измерения	Норматив	Оценка в баллах	Частота оценки	Ответственный исполнитель
Профилактическая работа							
1	Охват пациентов трудоспособного возраста диспансерными осмотрами	«Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1-организация); «Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма 025/у-07)	Процент охвата диспансерными осмотрами лиц трудоспособного возраста от подлежащих	95 % и более	5	1 раз в год	Заведующий отделением
2	Удельный вес лиц, старше 18 лет, не осммотренных 2 и более лет	«Карта учета диспансерного наблюдения» (форма № 131у-Д); данные переписи населения участка	Процент лиц старше 18 лет, не осммотренных 2 и более лет, к общему числу лиц старше 18 лет, подлежащих наблюдению	3 %	5	1 раз в год	Заведующий отделением
3	Охват вакцинацией детей (0–18) (для врача общей практики)	«Карта профилактических прививок» (форма 063/у); «Журнал учета профилактических прививок» (форма 064/у)	Процент охваченных вакцинацией детей от числа подлежащих вакцинации среди детского прикрепленного населения в соответствии с планом	95 % и более	3	1 раз в год	Зам. главного врача
4	Обследование на выявление рака шейки	Паспорт участка женской	Процент женщин в возрасте 25–65	80 % и более	5	1 раз в год	Заведующий отделением

	матки	консультации; Журнал регистрации результатов исследований отделяемого мочеполовых органов» (форма 229/у- 07)	лет, которым проводилось исследование на выявление рака шейки матки как минимум раз в 2 года, от общего числа женщин, подлежащих обследованию				м
5	Обследование на выявление опухолей молочной железы	Паспорт участка, «Карта учета диспансерного наблюдения» (форма № 131у-Д)	Процент женщин в возрасте 40–70 лет, у которых проводился осмотр на выявление опухолей молочной железы как минимум раз в год, от общего числа женщин, подлежащих осмотру	90 % и более	5	1 раз в год	Заведующи й отделение м
6	Выполнение рентгено- флюорографич еских исследований	«Журнал записи рентгенологич еских исследований» (форма 050/у); паспорт терапевтическо го участка	Процент охвата рентгено- флюорографич ескими исследованиями от числа подлежащих среди прикрепленного населения	95 % и более	3	1 раз в год	Заведующи й отделение м
7. 1	Уровень диагностики онкологически х заболеваний в ранних стадиях (I + II стадии)	«Отчет о заболеваниях злокачественн ыми новообразован иями» (форма 1 – злокачественн ые новообразован ия)	Процент случаев онкологических заболеваний в ранних стадиях (I + II стадии) от общего числа случаев впервые выявленных онкологических заболеваний с установленной стадией	70 %	5	1 раз в год	Заведующи й отделение м
7.	Частота	«Отчет о	Процент лиц с	отсутст	5	1 раз в	Заведующи

2.	выявления случаев запущенных форм злокачественных новообразований III–IV стадий всех локализаций	заболеваниях злокачественными новообразованиями» (форма 1- злокачественные новообразования); «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (форма 027-2/у-ОЗ)	выявленными запущенными формами злокачественных новообразований III–IV стадий всех локализаций от всех выявленных случаев	вие наличие	–5	год	й отделение м
Управление хроническими заболеваниями							
8	Сахарный диабет: процесс мониторинга	«Журнал регистрации лабораторных исследований и их результатов» (форма 227/у-07); паспорт терапевтического участка	Процент пациентов с сахарным диабетом, которым измерен гликированный гемоглобин не менее 1 раза за 12 месяцев, от общего числа пациентов с сахарным диабетом	90 % и более	4	1 раз в год	Заведующий отделением
9	Артериальная гипертензия: процесс мониторинга	«Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма 025/у-07); паспорт терапевтического участка	Процент пациентов с целевым уровнем АД от общего числа пациентов с артериальной гипертензией	80 % и более	4	1 раз в год	Заведующий отделением
10	Хроническая обструктивная болезнь легких: процесс мониторинга	«Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделениях	Процент пациентов с хронической обструктивной болезнью	100 %	5	1 раз в год	Заведующий отделением

		(кабинетах) функциональной диагностики»; «Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма 025у-07); паспорт терапевтического участка	легких, которым проведена спирография за последние 12 месяцев				
11	Число случаев смерти на дому лиц трудоспособного возраста, не осмотренных медицинским работником участковой службы в течение последнего года	«Врачебное свидетельство о смерти (мртворождении)» (форма 106/у-10); «Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма 025/у-07)	Число случаев	отсутствие наличие	5 –5	1 раз в квартал	Заведующий отделением, зам. главного врача
Замещение вторичной (специализированной) медицинской помощи							
12	Удельный вес вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой медицинской помощи обслуженных амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения в часы их работы	«Журнал записи вызовов службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (форма 109/у-09); «Карта вызова скорой медицинской помощи» (форма 110/у-09)	Процент вызовов неотложной медицинской помощи в часы работы амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения от общего числа вызовов	менее 50 %	5	1 раз в квартал	Главный врач, заместитель главного врача, заведующий отделением
13	Визиты к врачам-специалистам (для врача общей практики: к	«Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных	Удельный вес первичных визитов пациентов к врачу-хирургу, врачу-	30 % и менее	5	1 раз в квартал	Заведующий отделением

	<p>врачу-хирургу, к врачу-оториноларингологу, к врачу-офтальмологу, к врачу-кардиологу, к врачу-пульмонологу, к врачу-эндокринологу, к врачу-неврологу);</p> <p>для врача участкового:</p> <p>к врачу-кардиологу, к врачу-пульмонологу, к врачу-эндокринологу, к врачу-неврологу)</p>	<p>врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма 025-3/у-07)</p>	<p>оториноларингологу, врачу-офтальмологу среди общего числа визитов.</p> <p>Удельный вес первичных визитов к врачу-кардиологу, врачу-пульмонологу, врачу-эндокринологу, врачу-неврологу по одной из следующих причин: артериальная гипертензия, астма, сердечная недостаточность, диабет 2 типа, боль в спине среди общего числа визитов</p>				
14	<p>Удельный вес неотложных госпитализаций в круглосуточный стационар прикрепленного населения основных диспансерных групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная</p>	<p>«Медицинская карта амбулаторного пациента» (форма 025/у-07); «Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации» (форма 001/у-07); паспорт терапевтического участка</p>	<p>Процент неотложных госпитализаций в круглосуточный стационар прикрепленного населения основных диспансерных групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная</p>	<p>10 % и менее более 10 %</p>	<p>30</p>	<p>1 раз в полугодие</p>	<p>Заведующий отделением</p>

	астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность)		астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность) к общему числу лиц, состоящих на учете с данной патологией				
15	Тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста	«Журнал для записи заключений врачебно- консультацион- ной комиссии» (форма 035/у- ОЗ)	Процент числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1-й и 2-й групп, от общего числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами	55 %	4	1 раз в год	Заведующий отделением, зам. главного врача по МРиЭ

Таблица 3 – Рекомендуемые индикаторы качества оказания медицинской помощи населению в амбулаторных условиях по должности врача-педиатра участкового

№ п/п	Наименование показателей	Источник информации	Единица измерения	Норматив	Оценка в баллах	Частота оценки	Ответственный исполнитель
1	Своевременность проведения первичного патронажа новорожденного ребенка в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного учреждения	«История развития ребенка» (форма 112/у); паспорт педиатрического участка	Удельный вес новорожденных, к которым выполнен патронаж участковым врачом- педиатром и патронажной медсестрой в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного	100 %	5	1 раз в полуго- дие	Заведующий отделением

			учреждения, из общего числа новорожденных, поступивших под наблюдение				
2	Систематичность наблюдения детей на 1 году жизни в соответствии с действующими нормативно- правовыми актами	«Отчет о медицинской помощи детям» (форма 1- дети); «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма 30/у); «История развития ребенка» (форма 112/у)	Удельный вес детей 1 года жизни, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом, из общего числа детей 1 года жизни	100 %	5	1 раз в полуго дие	Заведующий отделением
3	Показатель выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПР) инвалидов детства	Акт передачи медицинской документации и на подростков в возрасте 18 лет во взрослую поликлинику; переводной эпикриз на подростка	Удельный вес детей- инвалидов, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом реабилитации, из общего числа детей-инвалидов	100 %	5	1 раз в год	Заведующий отделением
4	Охват комплексными профилактическими осмотрами детей на 3 и 6 году жизни в соответствии с действующими нормативно- правовыми актами	«Журнал учета профилактических прививок» (форма 064/у) и «Карта профилактических прививок» (форма 063/у)	Удельный вес детей, которым проведено диспансерное наблюдение в соответствии с действующими регламентирующими наблюдение детского населения нормативно- правовыми актами, из общего числа детей данного	100 %	5	1 раз в полуго дие	Заведующий отделением

			возраста				
5	Выполнение плана иммунопрофила ктики	«История развития ребенка» (форма 112/у); паспорт педиатрического участка; журнал профилактических осмотров	Удельный вес детей до 18 лет, у которых выполнена программа иммунопрофила ктики, из общего числа детей до 18 лет, подлежащих вакцинации	80 % – ежегодно; 97 % – по результатам года	5	1 раз в полугодие	Заведующий отделением
6	Своевременность и полнота оформления медицинской документации при передаче подростков во взрослую поликлинику	«Отчет о медицинской помощи детям» (форма 1-дети); «История развития ребенка» (форма 112/у); «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма 30/у); паспорт педиатрического участка	Удельный вес подростков, на которых своевременно и качественно оформлена медицинская документация, из общего числа подростков, передаваемых на обслуживание во взрослую поликлинику	100 %	10	1 раз в год	Заведующий отделением
7	Полнота охвата диспансерным наблюдением детей по отдельным нозологическим формам	«Отчет о медицинской помощи детям» (форма 1-дети); «История развития ребенка» (форма 112/у); паспорт педиатрического участка	Процент охвата диспансерным наблюдением детей от общего числа детей с зарегистрированным диагнозом по отдельным нозологическим формам	100 %	5	1 раз в полугодие	Заведующий отделением
8	Удельный вес детей 1 года жизни,	«Отчет о медицинской помощи	Процент грудных детей до 6 месяцев,	60 % и более	5	1 раз в полугодие	Заведующий отделением

находящихся на грудном вскармливании	детям» (форма 1-дети); «Журнал вызовов врача на дом» (форма 031/у)	находящихся на грудном вскармливании, от общего числа детей до 6 месяцев				М
--------------------------------------	--	--	--	--	--	---

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАСЧЕТУ ИНДИКАТОРОВ
КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**ГЛАВА 1. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО
ДОЛЖНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ**

1. Наличие квалификационных категорий у врачей рассчитывается как отношение числа врачей, имеющих квалификационную категорию, ко всему количеству врачей (за исключением врачей-интернов) в процентах:

$$\frac{\text{Число врачей, имеющих квалификационную категорию}}{\text{Число всех врачей – число врачей-интернов}} \times 100.$$

Число врачей на конец года соответствует графе 2 строки 001 таблицы 1 «Сведения о численности работников, имеющих высшее образование по профилю образования «Здравоохранение» и (или) медицинскую квалификацию раздела I «Сведения о работниках, имеющих высшее образование по профилю образования «Здравоохранение», и врачах-специалистах» «Отчет о медицинских (фармацевтических) работниках» (форма № 1-медкадры (Минздрав), утвержденная постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 11.07.2011 № 163).

Число врачей, имеющих квалификационную категорию, из общей численности врачей соответствует сумме граф 6, 7 и 8 строки 001 там же.

Число врачей-интернов соответствует графе 2 строки 103 там же.

2. Удельный вес вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой помощи и обслуженных амбулаторно-поликлинической организацией здравоохранения в часы работы, определяется как процент вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой помощи в амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения в часы ее работы, от общего числа неотложных вызовов, поступивших в службу скорой помощи в часы работы амбулаторно-поликлинической организации:

$$\frac{\text{Число вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой помощи и обслуженных амбулаторно-поликлинической организацией}}{\text{Число вызовов неотложной медицинской помощи, поступивших в службу скорой помощи в часы работы амбулаторно-поликлинической организации}} \times 100.$$

здравоохранения в часы ее работы

Общее число неотложных вызовов, поступивших в
службу скорой помощи в часы работы амбулаторно-
поликлинической организации

Число неотложных вызовов за отчетный период (полугодие, год), поступивших в службу скорой помощи в часы работы амбулаторно-поликлинической организации, определяется на основании записей в «Журнале записи вызовов службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (форма 109/у-09) и в «Карте вызова скорой медицинской помощи» (форма 110/у-09).

3. Показатель охвата вакцинацией против гриппа рассчитывается как отношение количества лиц, вакцинированных против гриппа, к количеству лиц, подлежащих вакцинации против гриппа, в процентах:

$$\frac{\text{Количество лиц, вакцинированных против гриппа}}{\text{Количество лиц, подлежащих вакцинации против гриппа}} \times 100.$$

Количество лиц, подлежащих вакцинации против гриппа, соответствует сумме строк 12 и 13 графы 1 Раздела IV «Количество вакцинированных лиц по контингентам» «Отчета о проведенных профилактических прививках» (форма 2-прививки (Минздрав), утвержденная постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 27.04.2007 № 40 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 21.10.2008 № 327).

Количество вакцинированных против гриппа лиц по итогам отчетного года соответствует сумме строк 12 и 13 графы 2 Раздела IV «Количество вакцинированных лиц по контингентам» «Отчета о проведенных профилактических прививках» (форма 2-прививки (Минздрав).

4. Показатель выполнения рентгено-флюорографических исследований рассчитывается как отношение числа лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование к числу лиц, подлежащих исследованию, в процентах:

$$\frac{\text{Число лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование}}{\text{Число лиц, подлежащих рентгено-флюорографическому исследованию}} \times 100.$$

Число лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование за отчетный период (год), определяется по «Журналу записи рентгенологических исследований» (форма 050/у).

Число лиц, подлежащих рентгено-флюорографическому исследованию, определяется на основании паспорта участка с выделением групп риска и обязательного контингента.

5. Показатель эффективности диспансеризации пациентов со злокачественными новообразованиями рассчитывается как отношение числа пациентов, состоящих на учете 5 и более лет и прошедших диспансерный осмотр в течение последнего года, к общему числу пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет, в процентах:

$$\frac{\text{Число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет и прошедших диспансерный осмотр в течение последнего года}}{\text{Общее число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет}} \times 100.$$

Число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет, прошедших диспансерный осмотр в течение последнего года, и общее число пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 и более лет, определяется на основании данных областных (г. Минска) канцер-регистров по состоянию на 1 февраля года, следующего за отчетным.

6. Показатель эффективности диспансеризации пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями рассчитывается как отношение числа зарегистрированных случаев заболеваний острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения за отчетный период (год) на 100 пациентов, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года, с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями:

$$\frac{\text{Число зарегистрированных случаев заболеваний острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения за отчетный год}}{\text{Общее число пациентов, состоящих на диспансерном учете с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями на конец отчетного года}} \times 100.$$

Число зарегистрированных случаев заболеваний острым инфарктом миокарда в отчетном году соответствует графе 1 строки 10.4.2. «Отчета о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и

старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь» (форма 1-заболеваемость (Минздрав), утвержденная постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 08.10.2012 № 168).

Число зарегистрированных случаев заболеваний острым нарушением мозгового кровообращения в отчетном году соответствует сумме строк 10.8.1–10.8.5 графы «Отчета о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь» (форма 1-заболеваемость (Минздрав)).

Общее число пациентов, состоящих на диспансерном учете с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями на конец отчетного года, соответствует сумме строк 10.3, 10.4 и 10.8 графы 5 «Отчета о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь» (форма 1-заболеваемость (Минздрав)).

7. Уровень оперативной активности (для врачей-специалистов хирургического профиля) определяется числом оперативных вмешательств на одну занятую должность:

$$\frac{\text{Число оперативных вмешательств}}{\text{Общее число занятых должностей}}.$$

Число оперативных вмешательств за отчетный период (полугодие, год) определяется на основании данных «Журнала записи амбулаторных операций» (форма 069/у).

Число занятых должностей врачей-специалистов хирургического профиля по организации здравоохранения представляется за отчетный период (полугодие, год) на основании данных штатного расписания и фактической численности сотрудников на конец отчетного периода (полугодия, года).

Общее число занятых должностей врачей-специалистов хирургического профиля за отчетный год соответствует графе 8 строки 0753 таблицы 12 «Сведения о медицинских работниках, занятых в организации здравоохранения, функционирующей за счет бюджетных средств и средств от предпринимательской деятельности» раздела III «Число должностей (штатных и занятых) и численность основных работников на занятых должностях в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» «Отчета организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1-организация (Минздрав), утвержденная постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 08.10.2012 № 176).

8. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима за отчетный период (полугодие, год) определяется количеством нарушений санитарно-противоэпидемического режима на основании протоколов ЦГиЭ об административных правонарушениях.

9. Наличие обоснованных жалоб за отчетный период (полугодие, год) определяется как количество жалоб, поступивших в вышестоящий орган управления и признанных обоснованными.

К обоснованным относятся жалобы граждан по вопросам деятельности амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения, поступившие в местные органы управления здравоохранением, в управления здравоохранения облисполкомов (Комитета по здравоохранению) и в Министерство здравоохранения Республики Беларусь, в которых факты полностью подтвердились.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

10. Показатель наличия в работе IT-технологий определяется наличием действующего программного обеспечения: регистратура, поликлиника, статистика, диспансеризация, врач общей практики за отчетный период (год).

11. Показатель организации самостоятельного приема помощника врача рассчитывается как отношение числа помощников врача, обеспеченных отдельным кабинетом для самостоятельного приема, к общему количеству помощников врача, в процентах:

$$\frac{\text{Число помощников врача, обеспеченных отдельным кабинетом для самостоятельного приема}}{\text{Общее количество помощников врача}} \times 100.$$

Общее количество помощников врача соответствует графе 8 строки 0820 таблицы 12 «Сведения о медицинских работниках, занятых в организации здравоохранения, функционирующей за счет бюджетных средств и средств от предпринимательской деятельности» раздела III «Число должностей (штатных и занятых) и численность основных работников на занятых должностях в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» «Отчета организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1-организация (Минздрав).

Число помощников врача, обеспеченных отдельным кабинетом для самостоятельного приема определяется на основании данных организации, штатного расписания.

12. Введение новых медицинских технологий за отчетный период (год) определяется наличием внедренных новых медицинских технологий на основании актов внедрения.

13. Профилактика коррупционных правонарушений определяется количеством случаев коррупционных правонарушений, выявленных в

установленном законодательством порядке на 1000 персонала организации здравоохранения.

Число случаев коррупционных нарушений за отчетный период (полугодие, год) определяется на основании сведений, полученных из региональных органов внутренних дел.

ГЛАВА 2. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО И ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

1. Показатель охвата пациентов трудоспособного возраста диспансерными осмотрами рассчитывается как отношение числа лиц трудоспособного возраста, прошедших диспансерные осмотры, к лицам трудоспособного возраста, подлежащим диспансерному осмотру в отчетном году, в процентах:

$$\frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, прошедших диспансерный осмотр}}{\text{Общее число лиц трудоспособного возраста, подлежащих диспансерным осмотрам в отчетном году}} \times 100.$$

Общее число лиц трудоспособного возраста, подлежащих диспансерному осмотру в отчетном году, соответствует графе 1 строки 1211 таблицы 20 «Диспансерные осмотры различных категорий населения», раздела V «Диспансерное наблюдение» «Отчета организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1- организация (Минздрав)).

Число всего лиц трудоспособного возраста, которые прошли диспансерный осмотр за отчетный год, соответствует графе 2 строки 1211 таблицы 20 «Диспансерные осмотры различных категорий населения» раздела V «Диспансерное наблюдение» «Отчета организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (форма 1- организация (Минздрав)).

Число лиц трудоспособного возраста, подлежащих диспансерному осмотру за отчетный период (год), определяется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» (в редакции постановления Минздрава от 1 июня 2011 № 51). Анализ достоверности информации проводится заведующим отделением ежемесячно выборочно на основании 25 амбулаторных карт пациентов.

2. Удельный вес лиц старше 18 лет, не осммотренных 2 и более лет, рассчитывается как отношение числа лиц старше 18 лет, не осммотренных 2 и более лет, к общему числу лиц старше 18 лет, подлежащих наблюдению в отчетном году, в процентах:

$$\frac{\text{Число лиц старше 18 лет, не осмотренных 2 и более лет}}{\text{Общее число лиц старше 18 лет, подлежащих наблюдению}} \times 100.$$

Число лиц старше 18 лет, не осмотренных 2 и более лет, за отчетный период (год) определяется на основании «Карты учета диспансерного наблюдения» (форма № 131у-Д). Анализ достоверности информации проводится заведующим отделением ежеквартально на основании «Карты учета диспансерного наблюдения» (форма № 131у-Д).

Общее число лиц старше 18 лет определяется на основании данных переписи населения участка.

3. Показатель охвата вакцинацией детей (0–18) (для врача общей практики) рассчитывается как отношение охваченных вакцинацией детей к числу подлежащих вакцинации среди детского прикрепленного населения в соответствии с планом в процентах:

$$\frac{\text{Число охваченных вакцинацией детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих вакцинации в соответствии с планом}} \times 100.$$

Число детей до 18 лет, у которых выполнена программа иммунопрофилактики за отчетный период (год), определяется на основании данных «Журнала учета профилактических прививок» (форма 064/у) и «Карты профилактических прививок» (форма 063/у).

Общее число детей, подлежащих вакцинации, определяется на основании данных переписи детского населения участка и «Карты профилактических прививок» (форма 063/у).

4. Показатель полноты проведенного диагностического обследования на выявление рака шейки матки определяется как отношение числа женщин в возрасте 25–65 лет, у которых проводилось исследование на рак шейки матки как минимум раз в 2 года, к общему числу женщин, подлежащих обследованию, в процентах:

$$\frac{\text{Число женщин в возрасте 25–65 лет, у которых проводилось исследование на выявление рака шейки матки как минимум раз в 2 года}}{\text{Общее число женщин, подлежащих обследованию}} \times 100.$$

Число женщин в возрасте 25–65 лет, у которых проводилось как минимум раз в 2 года исследование на рак шейки матки за отчетный период (год), определяется на основании данных паспорта участка женской консультации, «Журнала регистрации результатов исследований отделяемого мочеполовых органов» (форма 229/у-07).

Общее число женщин, подлежащих обследованию на рак шейки матки, определяется на основании данных статистики переписи населения, паспорта участка.

5. Показатель полноты обследования на выявление опухолей молочной железы определяется как отношение числа женщин в возрасте 40–70 лет, у которых проводился осмотр молочной железы как минимум раз в год, к общему числу женщин, подлежащих осмотру, в процентах:

$$\frac{\text{Число женщин в возрасте 40–70 лет, у которых проводился осмотр молочной железы раз в год}}{\text{Общее число женщин, подлежащих осмотру}} \times 100.$$

Число женщин в возрасте 40–70 лет, у которых проводился осмотр молочной железы как минимум раз в год за отчетный период (год) определяется на основании паспорта участка, «Карты учета диспансерного наблюдения» (форма № 131у-Д).

Общее число женщин, подлежащих осмотру в отчетном году, определяется на основании данных переписи населения и паспорта участка.

6. Показатель полноты охвата рентгено-флюорографическим исследованием рассчитывается как отношение числа лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование, к общему числу лиц, подлежащих рентгено-флюорографическому исследованию среди прикрепленного населения, в процентах:

$$\frac{\text{Число лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование}}{\text{Общее число лиц, подлежащих рентгено-флюорографическому исследованию}} \times 100.$$

Число лиц, прошедших рентгено-флюорографическое исследование, за отчетный период (год), определяется по «Журналу записи рентгенологических исследований» (форма 050/у).

Число лиц, подлежащих рентгено-флюорографическому исследованию, определяется на основании паспорта участка с выделением групп риска и обязательного контингента.

7.1. Уровень диагностики онкологических заболеваний в ранних стадиях (I + II стадии) рассчитывается как отношение числа впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в стадиях I и II к числу впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями с установленной стадией, в процентах:

$$\frac{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в стадиях I и II}}{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями с установленной стадией}} \times 100$$

Число впервые установленных случаев
заболеваний злокачественными новообразованиями с
установленной стадией

Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в стадиях заболевания I и II за отчетный год соответствует сумме граф 5 и 6 строки 201 таблицы 2 раздела II «Контингента лиц с диагнозом злокачественного новообразования, состоящих на учете в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь» «Отчета о заболеваниях злокачественными новообразованиями» (форма 1-злокачественные новообразования (Минздрав), утвержденная постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь 15.11.2011 № 312).

Общее число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями с установленной стадией за отчетный год соответствует сумме граф 5–8 строки 201 таблицы 2 раздела II «Контингента лиц с диагнозом злокачественного новообразования, состоящих на учете в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь» «Отчета о заболеваниях злокачественными новообразованиями» (форма 1-злокачественные новообразования (Минздрав)).

7.2. Выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций) рассчитывается как отношение числа впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в III стадии визуальных локализаций и IV стадии всех локализаций к числу впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями, в процентах:

$$\frac{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в III стадии визуальных локализаций и IV стадии всех локализаций}}{\text{Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями}} \times 100.$$

Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в III стадии визуальных локализаций (коды по МКБ 10: C00; C02.0-02.3; C03; C04; C05; C06; C09; C10; C20; C21; C30.0; C43; C44; C50; C51; C52; C53; C60; C62; C69; C73) представляется по данным региональных канцер-регистров.

Число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями в IV стадии всех локализаций соответствует графе 8 строки 201 таблицы 2 раздела II «Контингента лиц с диагнозом злокачественного новообразования, состоящих на учете в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь» «Отчета о

заболеваниях злокачественными новообразованиями» (форма 1-злокачественные новообразования (Минздрав).

Общее число впервые установленных случаев заболеваний злокачественными новообразованиями за отчетный год соответствует графе 2 строки 201 таблицы 2 раздела II «Контингента лиц с диагнозом злокачественного новообразования, состоящих на учете в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь» «Отчета о заболеваниях злокачественными новообразованиями» (форма 1-злокачественные новообразования (Минздрав).

УПРАВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

8. Сахарный диабет: процесс мониторинга. Показатель рассчитывается как отношение числа пациентов с сахарным диабетом, которым измерен гликированный гемоглобин не менее 1 раза за 12 месяцев, к общему числу пациентов с сахарным диабетом, в процентах:

$$\frac{\text{Число пациентов с сахарным диабетом, которым измерен гликированный гемоглобин не менее 1 раза за 12 месяцев}}{\text{Общее число пациентов с сахарным диабетом}} \times 100.$$

Число пациентов, состоящих на диспансерном учете с заболеванием сахарный диабет, из прикрепленного населения территориального участка врача терапевта-участкового, врача общей практики определяется на основании данных паспорта участка.

Число пациентов, которым измерен гликированный гемоглобин не менее 1 раза за последние 12 месяцев, за отчетный период (год) определяется на основании данных «Журнала регистрации лабораторных исследований и их результатов» (форма 227/у-07).

9. Артериальная гипертензия: процесс мониторинга. Показатель рассчитывается как отношение числа пациентов с целевым уровнем АД к общему числу пациентов с артериальной гипертензией, в процентах:

$$\frac{\text{Число пациентов с целевым уровнем АД}}{\text{Общее число пациентов с артериальной гипертензией}} \times 100.$$

Число пациентов с целевым уровнем АД за отчетный период (год) определяется на основании записей в «Медицинской карте амбулаторного пациента» (форма 025/у-07).

Общее число пациентов с артериальной гипертензией определяется на основании паспорта участка.

10. Хроническая обструктивная болезнь легких: процесс мониторинга. Показатель рассчитывается как отношение числа пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, которым проведена спирография за

последние 12 месяцев, к числу всех пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, состоящих на диспансерном учете у врача-терапевта участкового, врача общей практики, в процентах:

$$\frac{\text{Число пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, которым проведена спирография за последние 12 месяцев}}{\text{Общее число всех пациентов с хронической обструктивной болезнью легких}} \times 100.$$

Число пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, которым проведена спирография за последние 12 месяцев, определяется на основании «Журнала регистрации исследований, выполняемых в отделениях (кабинетах) функциональной диагностики» и «Медицинской карты амбулаторного пациента» (форма 025/у-07).

Общее число пациентов с хронической обструктивной болезнью легких определяется на основании паспорта участка.

11. Случаи смерти на дому лиц трудоспособного возраста, не наблюдавшихся у врача в течение последнего года, за отчетный период (год) определяются на основании «Врачебного свидетельства о смерти (мртворождении)» (форма 106/у-10) и «Медицинской карты амбулаторного пациента» (форма 025/у-07).

ЗАМЕЩЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ (СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

12. Удельный вес вызовов неотложной медицинской помощи, переданных из службы скорой медицинской помощи (СМП) и обслуженных медработниками амбулаторно-поликлинической организации (АПО) в часы работы АПО, рассчитывается как отношение числа вызовов неотложной медицинской помощи, переданных СМП на АПО и обслуженных медработниками в часы работы АПО, к общему числу вызовов неотложной медицинской помощи, в процентах:

$$\frac{\text{Число вызовов неотложной медицинской помощи, переданных СМП на АПО и обслуженных медработниками в часы работы АПО}}{\text{Общее число вызовов неотложной медицинской помощи}} \times 100.$$

Данные за отчетный период (полугодие, год) предоставляются на основании записей в «Журнале записи вызовов службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (форма 109/у-09) и «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма 110/у-09).

13. Визиты к узким специалистам (для врача общей практики: к врачу-хирургу, к врачу-оториноларингологу, к врачу-офтальмологу, к врачу-кардиологу, к врачу-пульмонологу, к врачу-эндокринологу, к врачу-неврологу; для врача участкового: к врачу-кардиологу, к врачу-пульмонологу, к врачу-эндокринологу, к врачу-неврологу).

Для врача общей практики показатель за отчетный период (полугодие, год) определяется удельным весом первичных визитов пациентов к хирургу, оториноларингологу, офтальмологу, кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, неврологу на основании журнала регистрации пациентов, направленных к врачам-специалистам.

Для врача терапевта участкового показатель за отчетный период (полугодие, год) определяется удельным весом первичных визитов пациентов к кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, неврологу по одной из следующих причин – артериальная гипертензия, астма, сердечная недостаточность, диабет 2 типа, боль в спине на основании формы 025-3/у-07 «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» врача-специалиста.

14. Удельный вес неотложных госпитализаций в круглосуточный стационар прикрепленного населения основных диспансерных групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность) рассчитывается как отношение числа неотложных госпитализаций в круглосуточный стационар прикрепленного населения основных диспансерных групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность) к общему числу лиц, состоящих на учете с данной патологией, в процентах:

$$\frac{\text{Число неотложных госпитализаций в} \\ \text{круглосуточный стационар прикрепленного} \\ \text{населения основных диспансерных групп (АГ,} \\ \text{ИБС, БА, ХОБЛ, ХСН)}}{\text{Число лиц, состоящих на учете с данной} \\ \text{патологией}} \times 100.$$

Число неотложных госпитализаций в круглосуточный стационар прикрепленного населения основных диспансерных групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность) за отчетный период (полугодие, год) определяется на основании записей в «Медицинской карте амбулаторного пациента» (форма 025/у-07), «Журнале учета приёма пациентов и отказов в госпитализации» (форма 001/у-07) в стационаре.

Число лиц в возрасте 18 лет и старше, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, хронической обструктивной

болезнью легких, хронической сердечной недостаточности соответствует строкам, определяется на основании паспорта участка.

15. Показатель тяжести первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста рассчитывается как отношение числа лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами, в процентах:

$$\frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп}}{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами}} \times 100$$

Число лиц трудоспособного возраста, которые впервые признаны инвалидами 1 и 2 групп за отчетный период, и число лиц трудоспособного возраста (18 лет и старше), которые впервые признаны инвалидами за отчетный период, устанавливается на основании «Журнала для записи заключений врачебно-консультационной комиссии» (форма 035/у).

ГЛАВА 3. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА (ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ)

1. Своевременность постановки на учет беременных определяется как процент женщин, взятых на учет до 12 недель беременности, от общего числа женщин, состоявших на учете по беременности и родам:

$$\frac{\text{Число женщин, взятых на учет до 12 недель беременности за отчетный месяц}}{\text{Число женщин, состоявших на учете по беременности и родам за отчетный месяц}} \times 100$$

Число женщин, взятых на учет до 12 недель беременности определяется по «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (форма № 111/у) и по журналу регистрации беременных женской консультации за отчетный период (квартал).

2. Охват беременных женщин пренатальным скринингом в I триместре беременности определяется как отношение числа беременных женщин, прошедших пренатальный скрининг в I триместре беременности, к числу женщин, состоящих на учете по беременности и родам за отчетный период, в процентах:

$$\frac{\text{Число беременных женщин, прошедших пренатальный скрининг в I}}{\text{Число беременных женщин, состоявших на учете по беременности и родам за отчетный период}} \times 100.$$

триместре беременности за отчетный
период

Число женщин, состоявших на
учете по беременности и родам за
отчетный период

Число беременных женщин, прошедших пренатальный скрининг в I триместре беременности определяется по «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (форма 111/у), программе «Автоматизированное рабочее место: врач», учетной форме областного центра отделения медицинской генетики, отчета по пренатальному скринингу и выявлению ВПР в течение отчетного периода (ежеквартально).

3. Динамика частоты абортс у женщин фертильного возраста, проживающих на прикрепленной территории, определяется как разность частоты абортс на 1000 женщин фертильного возраста (без учета по медицинским и социальным показаниям), в процентах:

$$100 - \left(\frac{\text{уровень абортс за 2014 год}}{\text{уровень абортс за 2013 год}} \times 100 \right).$$

Уровень абортс рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число абортс (без учета по медицинским и социальным показаниям)}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 100.$$

Число абортс определяется на основании учета данных в «Журнале записи амбулаторных операций искусственного прерывания беременности методом вакуум-аспирации» (форма 069/у) за отчетный период (год).

Число женщин фертильного возраста определяется на основании данных паспорта участка.

4. Показатель полученных дефектных карт из стационара рассчитывается как отношение количества дефектных карт, полученных из стационара, к общему числу женщин, направленных на госпитализацию, в процентах:

$$\frac{\text{Число дефектных карт, полученных из стационара}}{\text{Число женщин, направленных на госпитализацию}} \times 100.$$

Число дефектных карт определяется по регистрации карт за отчетный период (полугодие, год).

Число женщин, направленных на госпитализацию, определяются по данным «Индивидуальной карты беременной и родильницы» (форма № 111/у) и «Медицинской карты амбулаторного пациента» (форма 025/у-07).

5. Показатель информативности мазков на онкоцитологическое обследование рассчитывается как отношение неинформативных цитологических мазков к общему числу женщин, прошедших цитологическое обследование, в процентах:

$$\frac{\text{Число неинформативных цитологических мазков}}{\text{Число женщин, прошедших цитологическое обследование}} \times 100.$$

Число неинформативных цитологических мазков и число женщин, прошедших цитологическое обследование, определяется на основании заключений цитологической лаборатории за отчетный период (квартал).

6. Выявление онкологических патологий при проведении осмотра рассчитывается как отношение числа женщин с онкологической патологией, выявленной при проведении осмотра, к общему числу осмотренных женщин, в процентах:

$$\frac{\text{Число женщин с онкологической патологией, выявленной при проведении осмотра}}{\text{Число осмотренных женщин}} \times 100.$$

Число женщин с онкологической патологией (запущенная форма), выявленной при проведении профилактических осмотров, определяется на основании «Извещений о впервые установленном (отмененном) случае злокачественного новообразования» (форма 090/у-12).

Число осмотренных женщин ведется по «Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма 025-3/у-07) и журнала смотрового кабинета (в соответствии с приложением № 16 к приказу МЗ РБ от 27.08.2004 г. № 205) за отчетный период (год).

ГЛАВА 6. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО

1. Показатель своевременности проведения первичного патронажа новорожденного ребенка в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного учреждения определяется как отношение числа новорожденных, к которым выполнен патронаж участковым врачом-педиатром и патронажной медсестрой в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного учреждения, к общему числу новорожденных, поступивших под наблюдение, в процентах:

$$\frac{\text{Число новорожденных, к которым выполнен патронаж участковым врачом-педиатром и патронажной медсестрой в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного учреждения, за отчетный квартал}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение за отчетный квартал}} \times 100.$$

Число новорожденных, к которым выполнен патронаж участковым врачом-педиатром и патронажной медсестрой в первые 3 дня после выписки из родовспомогательного учреждения, определяется по итогам отчетного периода (квартал) на основании данных журнала вызовов врача (форма 3-031-у).

Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение участкового врача в течение квартала, представляется на основании данных журнала новорожденных, переданных под наблюдение в учреждение здравоохранения.

Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в течение отчетного года по учреждению в целом, соответствует графе 1 строки 003 раздела II «Сведения о числе детей, достигших возраста одного и двух лет в отчетном году» «Отчета о медицинской помощи детям» (форма 1-дети).

2. Систематичность наблюдения детей на 1-м году жизни в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами определяется как отношение детей 1-го года жизни, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом (за полугодие, год), к числу детей 1-го года жизни, подлежащих наблюдению в течение отчетного периода (полугодие, год), в процентах:

$$\frac{\text{Число детей 1-го года жизни, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом за отчетный период}}{\text{Общее число детей 1-го года жизни}} \times 100.$$

Число детей 1-го года жизни, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом за отчетный период, определяется на основании данных истории развития ребенка (форма 112/у) и паспорта педиатрического участка.

Общее число детей 1-го года жизни за отчетный период (полугодие, год) соответствует паспорту педиатрического участка.

Общее число детей 1-го года жизни по учреждению за год соответствует графе 2 строки 003 раздела II «Сведения о числе детей, достигших возраста одного и двух лет в отчетном году» «Отчета о медицинской помощи детям» (форма 1-дети).

3. Показатель выполнения индивидуальной программы медицинской реабилитации (ИПР) инвалидов детства рассчитывается как отношение детей-инвалидов, которым проведено наблюдение в соответствии с

индивидуальным планом реабилитации в течение отчетного периода (год), к общему числу детей-инвалидов, запланированных на проведение реабилитационных мероприятий в течение отчетного периода, в процентах:

$$\frac{\text{Число детей-инвалидов, которым проведено наблюдение в соответствии с индивидуальным планом реабилитации в течение отчетного периода (год)}}{\text{Общее число детей-инвалидов, запланированных на проведение реабилитационных мероприятий в течение отчетного периода}} \times 100.$$

Число детей-инвалидов, которым проведено наблюдение в течение года в соответствии с индивидуальным планом реабилитации, определяется на основании данных истории развития ребенка (форма 112/у) и контрольной карты диспансерного наблюдения (форма 30/у).

Общее число детей-инвалидов, запланированных на проведение реабилитационных мероприятий на год, соответствует паспорту участка и контрольным картам диспансерного наблюдения (форма 30/у).

Общее число детей-инвалидов по учреждению за отчетный год соответствует графе 1 строки 022 раздела IV «Сведения о возрастном составе детей, состоящих на учете на конец отчетного года» «Отчета о медицинской помощи детям» (форма 1-дети).

4. Показатель охвата комплексными профилактическими осмотрами детей на 3-м и 6-м году жизни в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами рассчитывается как отношение числа детей, которым проведено диспансерное наблюдение в соответствии с действующими регламентирующими наблюдение детского населения нормативно-правовыми актами в течение отчетного периода (полугодие, год), к общему числу детей данного возраста, подлежащих профилактическому осмотру в течение отчетного периода (полугодие, год), в процентах:

$$\frac{\text{Число детей, которым проведено диспансерное наблюдение в соответствии с действующими регламентирующими наблюдение детского населения нормативно-правовыми актами в течение отчетного периода}}{\text{Общее число детей данного возраста, подлежащих осмотру в течение отчетного периода}} \times 100.$$

Число детей третьего года жизни, которым проведено диспансерное наблюдение в соответствии с действующими регламентирующими наблюдение детского населения нормативно-правовыми актами в течение отчетного периода, соответствует данным журнала профилактических осмотров и историй развития ребенка (форма 112/у).

Число детей 6 лет, которым проведено диспансерное наблюдение в соответствии с действующими регламентирующими наблюдение детского населения нормативно-правовыми актами в течение отчетного периода,

соответствует данным журнала профилактических осмотров и данным историй развития ребенка (форма 112/у).

Общее число детей 3-летнего возраста, подлежащих профилактическому осмотру в течение отчетного периода, определяется на основании паспорта участка и журнала профилактических осмотров.

Число детей 6 лет, которые подлежали профилактическому наблюдению – профилактическому осмотру в течение отчетного периода в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, регламентирующими наблюдение детского населения, определяется на основании данных паспорта участка и журнала профилактических осмотров.

5. Показатель выполнения плана иммунопрофилактики определяется как отношение числа детей до 18 лет, у которых выполнена программа иммунопрофилактики в течение отчетного периода (квартал), к общему числу детей до 18 лет, подлежащих вакцинации в течение отчетного периода (квартал), в процентах:

$$\frac{\text{Число детей до 18 лет, у которых выполнена программа иммунопрофилактики в течение отчетного периода}}{\text{Общее число детей до 18 лет, подлежащих вакцинации в течение отчетного периода}} \times 100.$$

Число детей до 18 лет, у которых выполнена программа иммунопрофилактики в течение отчетного периода, определяется на основании данных журнала учета профилактических прививок (форма 064/у) и карты профилактических прививок (форма 63/у).

Общее число детей до 18 лет, подлежащих вакцинации в течение отчетного периода, определяется на основании данных журнала месячного планирования и учета профилактических прививок (приказ Минздрава от 5 декабря 2006 г. № 913).

6. Показатель своевременности и полноты оформления медицинской документации при передаче подростков во взрослую поликлинику определяется как отношение числа подростков, на которых своевременно и качественно оформлена медицинская документация в течение отчетного периода (год), к общему числу подростков, передаваемых на обслуживание во взрослую поликлинику в течение отчетного года, в процентах:

$$\frac{\text{Число подростков, на которых своевременно и качественно оформлена медицинская документация в течение отчетного года}}{\text{Общее число подростков, передаваемых на обслуживание во взрослую поликлинику в течение отчетного года}} \times 100.$$

Число подростков, на которых своевременно и качественно оформлена медицинская документация в течение отчетного года, определяется на

основании актов передачи медицинской документации на подростков в возрасте 18 лет во взрослую поликлинику и переводных эпикризов на подростков (постановление Минздрава от 11 августа 2004 г. № 32).

Общее число подростков, передаваемых на обслуживание во взрослую поликлинику в течение отчетного года, определяется в соответствии с данными паспорта участка.

7. Полнота охвата диспансерным наблюдением детей по отдельным нозологическим формам, подлежащим диспансерному наблюдению, определяется как отношение числа детей, охваченных диспансерным наблюдением по отдельным нозологическим формам за отчетный период (полугодие, год), к общему числу детей с зарегистрированным диагнозом по отдельным нозологическим формам, подлежащих диспансерному наблюдению за отчетный период, в процентах:

$$\frac{\text{Число детей, охваченных диспансерным наблюдением по отдельным нозологическим формам за отчетный период}}{\text{Общее число детей с зарегистрированным диагнозом по отдельным нозологическим формам, подлежащих диспансерному наблюдению за отчетный период}} \times 100.$$

Число детей, охваченных диспансерным наблюдением, подлежащих диспансерному наблюдению за отчетный период, соответствует данным контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 30/у) и историй развития ребенка (форма 112/у).

Общее число детей с зарегистрированным диагнозом, подлежащих диспансерному наблюдению за отчетный период, соответствует данным журналов диспансерного наблюдения за детьми и контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 30/у).

Число детей, охваченных диспансерным наблюдением, подлежащих диспансерному наблюдению за отчетный год по учреждению здравоохранения по отдельным нозологическим формам, соответствует строке 067 графы 2 (4, 6, 8, 10) таблицы 7 «Отдельные нарушения здоровья у детей» раздела V «Сведения о профилактических медицинских осмотрах и их результатах» «Отчета о медицинской помощи детям» (форма 1-дети).

Общее число детей с зарегистрированным диагнозом, подлежащих диспансерному наблюдению, за отчетный год по отдельным нозологическим формам соответствует строке 067 графы 1 (3, 5, 7, 9) там же.

8. Удельный вес детей 1-го года жизни, находящихся на грудном вскармливании, рассчитывается как отношение числа грудных детей до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании за отчетный период (полугодие, год), к общему числу детей до 6 месяцев на данном участке, в процентах:

$$\frac{\text{Число грудных детей до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании за отчетный период}}{\text{Общее число детей до 6 месяцев}} \times 100.$$

Число грудных детей до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании за отчетный период, соответствует данным истории развития ребенка (форма 112/у) и паспорта участка.

Общее число детей до 6 месяцев определяется на основании данных паспорта участка.

ГЛАВА 7

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ДОЛЖНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА (АКУШЕРКИ) ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

1. Показатель отрыва от лечения пациентов с туберкулезом (2 месяца и более) за отчетный период (месяц) рассчитывается как число пациентов, у которых произошел отрыв от лечения (2 месяца и более).

2. Показатель вызовов скорой медицинской помощи к населению зоны обслуживания ФАП за отчетный период (месяц) определяется числом вызовов скорой и неотложной медицинской помощи.

3. Показатель постановки на учёт по беременности в сроке свыше 12 недель в зоне обслуживания ФАП за отчетный период (месяц) определяется числом женщин, взятых на учет свыше 12 недель беременности.

Число женщин, взятых на учет свыше 12 недель беременности определяется по индивидуальной карте беременной и родильницы (форма № 111/у) и по журналу регистрации беременных женской консультации за отчетный месяц.

4. Показатель уровня цитологического скрининга за отчетный период (месяц) рассчитывается как отношение числа осмотренных женщин с взятием мазка на онкоцитологию к общему числу женщин, в процентах:

$$\frac{\text{Число осмотренных женщин с взятием мазка на онкоцитологию}}{\text{число женщин}} \times 100.$$

Уровень цитологических мазков и число женщин, прошедших цитологическое обследование определяется на основании заключений цитологической лаборатории за отчетный период (ежемесячно).

5. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима за отчетный период (месяц) определяется количеством нарушений санитарно-эпидемиологического режима на основании справок проверок, протоколов административных обходов ЦГиЭ.

АНКЕТА

изучения мнения населения о работе поликлиники

С целью улучшения медицинского обслуживания просим Вас ответить на вопросы анкеты, выбрав и подчеркнув те ответы, которые соответствуют Вашему мнению.

1. Удовлетворяет ли Вас распорядок работы поликлиники: 1. да; 2. нет.

Если нет, то укажите причину _____

2. Сколько времени Вы затратили на запись в регистратуре: _____

3. Сколько времени Вы ждали, чтобы попасть на приём к врачу: _____

4. Имеете ли Вы возможность попасть на приём к врачам-специалистам (неврологу, лор, офтальмологу и т.д.) в день обращения? 1. да; 2. нет.

5. Если у Вас имеется опыт прошлых лет, как бы Вы оценили доступность оказания медицинской помощи (подчеркнуть):

– посетить участкового врача: 1. стало проще; 2. сложнее; 3. так же как и в прошлые годы; 4. затрудняюсь ответить.

– посетить врача-специалиста: 1. стало проще; 2. сложнее; 3. так же как и в прошлые годы; 4. затрудняюсь ответить.

6. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача? 1. да; 2. нет.

7. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам медсестры, работающей с лечащим врачом? 1. да; 2. нет.

8. Вы можете отметить, что во время приёма:

– участковый врач спешил? 1. да; 2. нет; был внимателен 1. да; 2. нет.

– врач-специалист спешил? 1. да; 2. нет; был внимателен 1. да; 2. нет.

9. Удовлетворены ли Вы работой:

1) регистратуры: 1. да; 2. нет.

2) лаборатории: 1. да; 2. нет.

3) процедурного кабинета: 1. да; 2. нет.

4) кабинета функциональной диагностики: 1. да; 2. нет.

5) рентгенкабинета: 1. да; 2. нет.

6) отделения физиотерапии: 1. да; 2. нет.

10. Удовлетворены ли Вы качеством медицинского обслуживания в поликлинике (подчеркнуть)? 1. удовлетворены полностью; 2. не совсем; 3. не удовлетворены, почему

11. Имеются ли медикаменты, назначаемые врачом, в аптеке? 1. да; 2. нет.

12. Имели ли место факты вымогательства, поборов медицинскими работниками поликлиники за оказанную медицинскую помощь? 1. да; 2. нет.

13. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст _____ лет.

14. Укажите, пожалуйста, Ваш пол: мужчина, женщина (подчеркнуть).

Ваши предложения по улучшению работы поликлиники:

АНКЕТА
изучения мнения населения о работе стационара

С целью улучшения медицинского обслуживания просим Вас ответить на вопросы анкеты, выбрав и подчеркнув те ответы, которые соответствуют Вашему мнению.

1. В каком отделении больницы Вы находились на лечении: _____
 2. Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в отделении: 1. да; 2. нет.
 3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам личного врача? 1. да; 2. нет.
 4. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала? 1. да; 2. нет.
 5. Удовлетворены ли Вы работой:
 - 1) приёмного отделения: 1. да; 2. нет;
 - 2) лаборатории: 1. да; 2. нет;
 - 3) процедурного кабинета: 1. да; 2. нет;
 - 4) кабинета функциональной диагностики и рентгенкабинета: 1. да; 2. нет;
 - 5) физиотерапевтического отделения: 1. да; 2. нет.
 6. Удовлетворены ли Вы питанием в стационаре? 1. да; 2. нет.
 7. Удовлетворены ли Вы обеспечением медикаментами в стационаре? 1. да; 2. нет.
 8. Покупали ли Вы медикаменты в период лечения в отделении? 1. да; 2. нет.
 9. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной Вам медицинской помощи?
1. да; 2. нет.
 10. Имели ли место факты вымогательства, поборов медицинскими работниками больницы за оказанную медицинскую помощь 1. да; 2. нет.
 11. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст _____ лет.
 12. Укажите, пожалуйста, Ваш пол: мужчина, женщина (подчеркнуть).
- Ваши предложения по улучшению работы стационара:

ХІІ ЛИТЕРАТУРА

1. **Глушанко, В.С.** Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг. Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2016. – 177 с.
2. **Глушанко, В.С.** Модернизация структуры управления здравоохранением и организация медицинской помощи сельскому населению: учеб.-метод. пособие / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, А.А. Герберг, Р.Ш. Шефиев / Под ред. д-ра мед. наук, профессора В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 202 с.
3. **Общественное здоровье и здравоохранение:** учеб. пособие / Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П., Глушанко, В.С. – Минск: Новое знание, 2015. – 784 с.
4. **Барабанова, О.А.** Семь инструментов контроля качества / О.А. Барабанова, В.А. Васильев, С.А. Одинокоев. – М. : ИЦ «МАТИ» – РГТУ им. Циолковского, 2001. – 88 с.
5. **Бурыкин, И.М.** Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи / И.М. Бурыкин, Г.Н. Алеева, Р.Х. Хафизьянова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – С. 98–107.
6. **Хейфец, Н.Е.** Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь на современном этапе / Н.Е. Хейфец // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы X Междунар. конф., 6–7 апр. 2012 г., Минск / редкол.: В.А. Прокашева (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2012. – С. 326–328.
7. **Деминг, Эд.** Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами = Out of the Crisis. – М.: «Альпина Паблишер», 2011. – 400 с.
8. **Деминг, Эд.** Новая экономика = The New Economics for Industry, Government, Education. – М.: «Эксмо», 2006. – 208 с.
9. **Donabedian A.** The quality of care: How can it be assessed? // Journal of the American Medical Association. – 1988. – 260: 1743-1748.
10. **Donabedian, A.** The seven pillars of quality., Archives of pathology & laboratory medicine 114(11). – 1990. – p. 1115-8.

Нормативные правовые акты

а) международные:

1. **Всеобщая декларация прав человека** (Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.);
2. **Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах** (Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 г.);
3. **Конвенции ООН о правах ребёнка** (Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г.);
4. **Конвенция о правах инвалидов** (Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.);
5. **Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10)**

б) национальные:

1. **Конституция Республики Беларусь 1994 г.** (с изм. и доп., принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.).
2. **Концепция национальной безопасности Республики Беларусь** (утв. Указом Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г. №575).
3. Закон Республики Беларусь «**О здравоохранении**» от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ с изм. и доп.
4. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1999 г. № 322-З «**О государственных минимальных социальных стандартах**» (в редакции Закона от 24 декабря 2015 г. №331-З.
5. Закон Республики Беларусь «**О защите прав потребителей**» №90-З от 09.01.2002 г. (в редакции Закона от 13 июня 2018 г. № 111-З.
6. Закон Республики Беларусь «**О техническом нормировании и стандартизации**» № 262-З от 05.01.2004 (в редакции Закона от 24 октября 2016 г. № 436-З.
7. Закон Республики Беларусь «**Об оценке соответствия техническим требованиям и аккредитации органов по оценке соответствия**» № 437-З от 24 октября 2016 г.
8. Указ Президента Республики Беларусь № 450 от 1 сентября 2010 г. «**О лицензировании отдельных видов деятельности**».

9. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 93 от 10.12.2014 **«Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности врачебно-консультационных и иных комиссий»** (с изменениями от 06.12.2018 №89).
10. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №16 от 05.03.2019 **«Об утверждении примерных штатных нормативов службы оценки качества оказания медицинской помощи»**.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I.	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ.....	4
	Ключевые понятия темы.....	5
II.	СТУДЕНТУ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ.....	6
III.	СТУДЕНТУ НЕОБХОДИМО УМЕТЬ.....	6
IV.	МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ	7
V.	ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ.....	9
VI.	МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ.....	10
VII.	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ	10
VIII.	ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ	11
1.	Категория «качество», её сущность. Потребность человека в здоровье	11
2.	Взаимообусловленность понятий «качество жизни людей» и «качество жизни, связанное со здоровьем».....	12
3.	«Качество медицинской помощи» – анализ понятия и её характеристик как многоаспектной проблемы	13
4.	Специфические особенности осуществления медицинской деятельности и оказания медицинских услуг.....	17
5.	Врачебные ошибки (дефекты лечения) и ятрогении в медицинской практической деятельности	19
6.	Внедрение стандартов качества ISO. Развитие концепции всеобщего менеджмента качества	24
7.	Модели управления качеством медицинской помощи. Теория управления качеством в философии У.Э. Деминга	30
8.	«Donabedian model». Триада индикаторов Ав. Донабедиана	33
9.	Критерии качества медицинской помощи и факторы, влияющие на него (по Ю.П. Лисицыну).....	37
10.	Система управления качеством медицинской помощи. Структура и основные компоненты управления. Подходы и принципы	40
11.	Система обеспечения качества медицинской помощи. Способы обеспечения качества медицинской помощи.....	44
11.1	Стандарты и стандартизация в здравоохранении. Стандарты качества медицинской помощи.....	46
11.1.1	Стандарт медицинской помощи (клинический протокол)...	50
11.1.2	Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения в Республике Беларусь	52
11.2	Контроль качества медицинской помощи	58
11.2.1	Компоненты и виды контроля качества медицинской помощи.....	59
11.2.2	Аудит, ревизия, мониторинг качества медицинской	

	помощи	62
11.2.3	«Семь инструментов контроля качества».....	66
11.3	Экспертная оценка качества медицинской помощи	78
12.	Лицензирование, сертификация и аккредитация как инструменты обеспечения качества медицинской помощи	80
13.	Модели обеспечения качества медицинской помощи	90
14.	Управление, лидерство, руководство в обеспечении качества медицинской помощи	93
15.	Кадры. Образование	100
16.	Коллектив. Работа в команде	102
17.	Риски при организации системы управления качеством медицинской помощи.....	106
18.	Нормативно-правовое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи в Республике Беларусь ...	110
19.	Индикаторы как инструмент оценки качества оказания медицинской помощи, подходы к их разработке	118
20.	Концептуальные подходы к вопросу управления качеством оказания медицинской помощи в Республике Беларусь	123
21.	Методика проведения ведомственного экспертного контроля и оценки качества медицинской помощи в Республике Беларусь	128
22.	Методика изучения удовлетворённости пациентов качеством оказания медицинской помощи в Республике Беларусь	147
23.	Модель конечных результатов	149
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		171
IX. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО АНАЛИЗУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МКР		172
X. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ		252
XI. ПРИЛОЖЕНИЯ.....		254
XII. ЛИТЕРАТУРА		330
Нормативные правовые акты.....		331

Учебное издание

**Глушанко Василий Семёнович,
Тимофеева Алиса Петровна,
Герберг Андрей Александрович**

**МЕТОДИКА РАСЧЁТА И АНАЛИЗА
ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.С. Глушанко

Учебно-методическое пособие

Редактор В.С. Глушанко
Компьютерная вёрстка А.А. Герберг
Корректор А.А. Герберг

Подписано в печать _____. Формат бумаги 60х84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура _____. Усл. печ. листов _____.
Уч.-изд. л. _____. Тираж _____ экз. Заказ № _____.
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.13
пр. Фрунзе, 27, 210009, г. Витебск